

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN KADINLARDA
DEPRESYON BELİRTİLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE,
UYKU KALİTESİNE VE GECE YEME BOZUKLUĞUNA
ETKİLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Rümeysa KAYA

İstanbul, 2019

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN KADINLARDA
DEPRESYON BELİRTİLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE,
UYKU KALİTESİNE VE GECE YEME BOZUKLUĞUNA
ETKİLERİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Rümeysa KAYA

Öğrenci No.

17550900036

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Süleyman KAHRAMAN

İstanbul, 2019

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Depresyon Belirtilerinin Yaşam Kalitesine, Uyku Kalitesine ve Gece Yeme Bozukluğuna Etkileri**” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içerisinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 28/11/2019

Aday: Rümeyza KAYA



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

28 / 11 / 2019

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **17550900036** numaralı **Rümeysa KAYA**'nın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Depresyon Belirtilerinin Yaşam Kalitesine, Uyku Kalitesine ve Gece Yeme Bozukluğuna Etkileri*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 19/11/2019 tarih ve 2019/06 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

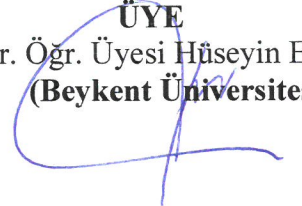


DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Süleyman KAHRAMAN
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin EBADİ
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ŞENER
(İstanbul Aydın Üniversitesi)



Adı ve Soyadı : Rümeysa KAYA
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Süleyman KAHRAMAN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2019
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Depresyon Belirtileri, Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi, Gece Yeme Bozukluğu Belirtileri

Z

ALIşAN VE ALIşMAYAN KADINLARDA DEPRESYON BELİRTİLERİNİN YAşAM KALİTESİNE, UYKU KALİTESİNE VE GECE YEME BOZUKLUğUNA ETKİLERİ

Bu çalışmanın amacı çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve gece yeme sendromu üzerine etkisinin incelenmesi ile çeşitli demografik değişkenlere göre farklılıkların incelenmesidir. Araştırmada depresyon belirtilerini saptamak amacıyla katılımcılara Beck Depresyon leği, uyku kalitelerini ve yaşam kalitelerini saptamak amacıyla ise Richards- Campbell Uyku leği, Dünya Sağlık rgt Yaşam Kalitesi leği Kısa Formu (WHQOQLBREF) ve Gece Yeme Anketi kullanılmıştır. Araştırmamızda alışan ve çalışmayan kadınlarda, Beck Depresyon leği puanlarının yaşam kalitesi leğinin tüm alt boyut puanlarıyla, anlamlı bir Şekilde orta düzey negatif korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir. Ancak alışanların korelasyonu daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışanların yaşam kalitesi leği fiziksel sağlık boyutu, psikolojik sağlık ve uyku kalitesi puanları anlamlı Şekilde daha yüksektir. alışmayanlarda gece yeme ve puanları çalışanlara göre anlamlı Şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. alışan ve çalışmayan kadınlarda, Beck Depresyon leği puanlarının, Gece Yeme Anketi puanlarıyla anlamlı Şekilde pozitif orta düzey korelasyon tespit edilmiştir. alışan ve çalışmayan kadınlarda gece yeme puanlarıyla uyku kalitesi puanları arasında da anlamlı Şekilde zayıf düzey negatif korelasyon görülmüştür, ancak çalışmayanlarda korelasyon daha yüksektir. Ayrıca alışan kadınların psikolojik sağlık ve uyku kalitesi puanları anlamlı Şekilde daha yüksek saptanırken çalışmayan kadınlarda ise gece yeme ve depresyon puanları çalışanlara göre anlamlı Şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Name and Surname : Rümeysa KAYA
Advisor : Asst. Prof. Süleyman KAHRAMAN
Degree and Date : Masters degree, 2019
Major : Clinical Psychology
Keywords : A Symptom of Depression, Life Quality, Sleep Quality,
A Symptom of Night Eating

ABSTRACT

THE EFFECTS OF DEPRESSION SYMPTOMS ON QUALITY OF LIFE, SLEEP QUALITY AND NIGHT EATING DISORDER IN WORKING AND NON-WORKING WOMEN

This study aimed to investigate the effects of depression symptoms on sleep quality, quality of life and night eating syndrome in working and non-working women, and to investigate differences according to various demographic variables. To determine the symptoms of depression, Beck Depression Scale was used on participants and Richards-Campbell Sleep Scale, World Health Organization Quality of Life Scale Short Form (WHQOQLBREF) and Night Eating Questionnaire were used to determine sleep quality and quality of life. As a result of our study, it was found that the Beck Depression Scale scores had a significant moderate negative correlation with all subscale scores of the quality of life scale in working and non-working women. However, the correlation of the employees was found to be higher. The employees quality of life scale physical health dimension, psychological health and sleep quality scores were significantly higher. It was found that those who did not work were significantly more likely to eat at night and have higher scores. A significant positive correlation was found between the Beck Depression Scale scores and Night Eating Questionnaire scores in working and non-working women. There was also a significantly weak negative correlation between working and non-working women's night-time eating scores and sleep quality scores, but cholesterol was higher in non-working women. Besides, psychological health and sleep quality scores of working women were found to be significantly higher, while nighttime eating and depression scores were significantly higher in women who did not work.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

1.1. Depresyon	6
1.1.1. Depresyon Belirtileri	6
1.1.1.1. Duygusal Belirtiler.....	6
1.1.1.2. Bilişsel Belirtiler	7
1.1.1.3. Davranışsal Belirtiler	7
1.1.1.4. Fiziksel Belirtiler	8
1.1.2. Depresyon Türleri.....	9
1.1.2.1. Atipik Depresyon.....	12
1.1.2.2. Melankolik Depresyon.....	12
1.1.2.3. Katatonik depresyon	13
1.1.2.4. Postpartum Başlangıçlı Depresyon	13
1.1.2.5. Mevsimsel özellik gösteren depresyon	13
1.1.3. Epidemoloji	14
1.1.4. Depresyon Etiyolojisi	15
1.1.4.1. Sosyal Çevre ve Kişilik Faktörü	16
1.1.4.2. Fizyolojik- Biyokimyasal Faktörler.....	16
1.1.4.3. Genetik Faktörler	17
1.1.5. Eşlik Eden Bozukluklar	18
1.1.5.1. Alkol-Madde Bağımlılığı.....	18
1.1.5.2. Panik bozukluk	18
1.1.5.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk.....	19
1.1.5.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	19
1.1.5.5. Somatizasyon Bozukluğu	19

1.1.5.6. Yeme Bozuklukları	19
1.1.5.7. Kişilik Bozuklukları.....	20
1.1.6. Ayırıcı Tanı	20
1.1.6.1. İkincil Çökkünlükler	20
1.1.6.2. Bunama	20
1.1.6.3. Yas	20
1.1.6.4. Şizofreni.....	21
1.1.6.5. İki Uçlu Bozukluk.....	21
1.1.7. Risk Faktörleri	21
1.1.7.1. Cinsiyet	22
1.1.7.2. Yaş	22
1.1.7.3. Medeni Durum.....	22
1.1.7.4. Biyolojik Ve Genetik Nedenler	23
1.1.7.5. Psikolojik ve çevresel nedenler:	23
1.1.7.6. Genetik özellikler ve aile öyküsü ;	23
1.1.7.6.1. Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları.....	24
1.1.7.6.2. Çocukluk Dönemi Yaşantıları	24
1.1.7.6.3. Hastalık Öncesi Klinik Özellikler.....	24
1.1.7.6.4. Sosyal Destek ve Sosyoekonomik Durum.....	24
1.1.7.6.5. Klinik Özellikler	25
1.1.7.6.6. Öyküden Elde Edilen Bilgiler.....	25
1.1.7.6.7. Ruhsal Durum Muayenesinden Elde Edilen Bilgiler	25
1.2. Uyku Kalitesi	26
1.2.1. Uyku Fizyolojisi	29
1.2.2. Uykunun Evreleri	29
1.2.2.1. NonREM Uyku	29
1.2.2.2. REM Uykusu	30
1.2.3. Uykunun İşlevi	31
1.2.4. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	32
1.2.4.1. Yaş	32
1.2.4.2. Cinsiyet	32
1.2.4.3. Hastalıklar	33
1.2.4.4. Alkol, Sigara Ve Diğer Uyarıcılar	33

1.2.4.5. İlaç Kullanımı	33
1.2.4.6. Yaşam Biçimi	33
1.2.4.7. Egzersiz Ve Yorgunluk.....	34
1.2.4.8. Anksiyete Ve Stres.....	34
1.2.4.9. Diyet.....	34
1.2.4.10. Çevresel Faktörler.....	35
1.2.5. Sirkadyen Ritim.....	35
1.2.5.1. Sirkadyen Ritim ve Uyku	35
1.3. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Tarihçesi	36
1.3.1. Yaşam Kalitesinin Boyutları	37
1.3.1.1. Yaşam Kalitesinin Objektif Boyutları	37
1.3.1.2. Yaşam Kalitesinin Subjektif Boyutları	37
1.3.1.2.1. Psikolojik Esenlik	38
1.3.1.2.2. Fiziksel Esenlik.....	38
1.3.1.2.3. Sosyal ve Bireysel Esenlik	38
1.3.1.2.4. Parasal/Maddi Esenlik	38
1.3.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirildiği Alanlar	38
1.3.2.1. Fiziksel Sağlık.....	39
1.3.2.2. Psikolojik Durum	39
1.3.2.3. Bağımsızlık Düzeyi.....	39
1.3.2.4. Sosyal İlişkiler	39
1.3.2.5. Çevresel Özellikler	39
1.3.2.6. Maneviyat ile İlgili Özellikler.....	40
1.3.3. Yaşam Kalitesinin Kriterleri.....	40
1.3.3.1. Hareketli Yaşam	40
1.3.3.2. Beslenme.....	40
1.3.3.3. Düzenli Yaşam ve Uyku	40
1.3.3.4. Günlük Yaşamda Streslerle Başa Çıkma	40
1.3.3.5. Çalışma Ortamı	41
1.3.3.6. Zaman Yönetimi	41
1.3.4. Yaşam Kalitesinin Etkileyen Durumlar.....	41
1.3.4.1. Bireyde yaşam kalitesinin azaltan durumlar;	42
1.3.5. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi	42

1.3.6. Yaşam Kalitesi Üzerine Yapılan Araştırmalar	43
1.4. Yeme Bozuklukları	44
1.4.1. Etiyoloji	44
1.4.1.1. Genetik Yatkınlık	45
1.4.1.2. Mizaç	45
1.4.1.3. Biyolojik Yapı.....	46
1.4.1.4. Travma	46
1.4.1.5. Başa Çıkma Becerisi	47
1.4.1.6. Aile Yapısı	47
1.4.1.7. Sosyokültürel Etkenler.....	47
1.4.2. Dsm5 Yeme Bozuklukları	48
1.4.2.1. Gece Yeme Sendromu	48
1.4.3. Epidemoloji	52
1.4.4. Klinik Özellikler	53
1.4.5. Gece Yeme Sendromu ve Uyku İle İlişkili Yeme Bozukluğu	54

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli	55
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	55
2.3. Veri Toplama Araçları	55
2.3.1. Sosyo-Demografik Form (SDF)	55
2.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	55
2.3.3. Richards- Campbell Uyku Ölçeği	56
2.3.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHQOQL- BREF).....	56
2.3.5. Gece Yeme Anketi	57
2.4. Verilerin Analizi.....	57

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	58
TARTIŞMA	82
SONUÇ ve ÖNERİLER	93
KAYNAKÇA	95
EKLER	102
Ek 1: Etik Kurul	102
Ek 2: Sosyo-Demografik Form	103
Ek 3: Beck Depresyon Ölçeği	104
Ek 4: Richards - Campell Uyku Anketi	107
Ek 5: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Whoqol-Bref	108
Ek 6: Gece Yeme Anketi	110

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. DSM V Majör Depresyon Tanı Kriterleri	11
Tablo 2. Gece Yeme Sendromu Tanı Kriterleri	49
Tablo 3. Gece Yeme Sendromu Tanı Ölçütleri Tarihsel Gelişimi	51
Tablo 4. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans Tablosu	58
Tablo 5. Kullanılan Ölçme Araçlarına İlişkin Betimsel İstatistik Tablosu	59
Tablo 6. Katılımcıların YK, D, GY, UK Puanları Arasındaki Korelasyon Tablosu	60
Tablo 7. Çalışan Kadınlarda Depresyon Belirtilerinin, YK, UK Ve GYB Etkisinin İncelendiği Regresyon Analizi	61
Tablo 8. Çalışmayan Kadınlarda Depresyon Belirtilerinin Yaşam Kalitesine, Uyku Kalitesine Ve Gece Yeme Bozukluğuna Etkisinin İncelendiği Regresyon Analizi	62
Tablo 9. Çalışma Durumuna Göre Grup Karşılaştırmaları	63
Tablo 10. Çalışan Kadınlarda Yaşa Göre Grup Karşılaştırmaları	64
Tablo 11. Çalışmayan Kadınlarda Yaşa Göre Grup Karşılaştırmaları	65
Tablo 12. Çalışan Kadınlarda Medeni Duruma Göre Grup Karşılaştırmaları.....	66
Tablo 13. Çalışmayan Kadınlarda Yaşa Göre Grup Karşılaştırmaları	67
Tablo 14. Çalışan Kadınlarda Eğitim Duruma Göre Grup Karşılaştırmaları	68
Tablo 15. Çalışmayan Kadınlarda Eğitim Duruma Göre Grup Karşılaştırmaları	69
Tablo 16. Çalışan Kadınlarda Çocuk Sahibi Olma Durumuna İlişkin Grup Karşılaştırmaları	70
Tablo 17. Çalışmayan Kadınlarda Çocuk Sahibi Olma Durumuna İlişkin Grup Karşılaştırmaları	71
Tablo 18. Çalışan Kadınlarda Gece Yeme İsteğine Göre Grup Karşılaştırmaları.....	72
Tablo 19. Çalışmayan Kadınlarda Gece Yeme İsteğine Göre Grup Karşılaştırmaları.....	73
Tablo 20. Çalışan Kadınlarda Gece Yeme Atağı Sıklığına Göre Grup Karşılaştırmaları	74
Tablo 21. Çalışmayan Kadınlarda Gece Yeme Atağı Sıklığına Göre Grup Karşılaştırmaları	75
Tablo 22. Çalışan Kadınlarda Uykuya Geçme Sorununa Göre Grup Karşılaştırmaları...	76
Tablo 23. Çalışmayan Kadınlarda Uykuya Geçme Sorununa Göre Grup Karşılaştırmaları	77

Tablo 24. Çalışan Kadınlarda Uykuyla İlgili Profesyonel Yardım Alma Durumuna Göre Grup Karşılaştırmaları.....	78
Tablo 25. Çalışmayan Kadınlarda Uykuyla İlgili Profesyonel Yardım Alma Durumuna Göre Grup Karşılaştırmaları.....	79
Tablo 26. Çalışan Kadınlarda Son 4 Hafta İçinde Sağlık Sorununa Göre Grup Karşılaştırmaları	80
Tablo 27. Çalışmayan Kadınlarda Son 4 Hafta İçinde Sağlık Sorununa Göre Grup Karşılaştırmaları	81



KISALTMALAR

D	: Depresyon
GY	: Gece Yeme
GYS	: Gece Yeme Sendromu
RCUÖ	: Richards Campbell Uyku Ölçeği
UK	: Uyku Kalitesi
WHO	: World Health Organization
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi
WHOQOL-BREF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu

GİRİŞ

Depresyon, birçok psikiyatrik rahatsızlığa nazaran tanımlaması yapılmış en eski rahatsızlıklardan bir tanesidir. (Türkçapar, 2018). Melankoli anlamına gelen kara sahra kavramı da bazı ruhsal problemleri tanımlamak için kullanılmıştır. Latince “depressus” sözcüğünün kökünden gelen bitkin düşme, kederli olma, cesaretini yitirme, donuklaşma ve durgunlaşma anlamına gelmektedir.

Depresyon sürecinde bireylerde, çökkün duyu durumun yanı sıra, düşüncelerinde ümitsizlik ve çaresizlik duygusunun baskın olduğu görülür. Geçmişte ilgi duyduğu konular dâhil bütün olay ve durumlara karşı ilgisizliğin ve isteksizliği depresyonun en belirgin bir özelliğidir. Birey de yoğun değersizlik duygusu, iştah kaybı, uyku bozuklukları, hayat enerjisinde ki ciddi düşüş ve intihar düşüncelerinin arttığı ve birçok farklı durumun bir arada gözlemlenebildiği psikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanmıştır.

Çalışmanın bir diğer değişkeni uyku ise bitkin düşme, kederli olma, cesaretini yitirme, donuklaşma ve durgunlaşma anlamına gelmektedir. Ruhsal çökkünlük anlamına gelmektedir. İnsan yaşamının olmazsa olmazdır. Hava, su, besin ve boşaltım gereksinimi kadar hayati bir gereksinim olmasına rağmen gerekli önem ve özen gösterilmemektedir. Hem fiziksel sağlığımız hem de psikolojik sağlığımız için psikofizyolojik bir gereksinim olan uykuya gerektiği önemi vermeliyiz. İnsanlarda uyku ihtiyacı, cinsiyet, yaş, beslenme düzeni, sağlıklı oluşu, çevre şartları, fiziksel aktivite durumu ve kişisel özelliklere göre değişmektedir. Uykuyla ilgili periyodik, fizyolojik değişiklikler, bilinç değişikliği, uyku sırasında neler olduğu gibi sorular uzun süre yanıtızsız kalmıştır. Merak edilen tüm sorular, Hans Berger’in elektroensefalografiyi (EEG) icadından sonra cevaplarını bulmaya başlamıştır. Kortikal bioelektrik aktiviteyi ilk defa yazdırmayı başaran Berger, kısa zaman içerisinde uyuyan insanla ilgili çalışmalarına başlamıştır.

Yapılan bir araştırmaya göre insanlar, 24 saat olan gününün ortalama 4-11 saatini uykuda geçirdiğini ve bu sürenin bütün hayatın yaklaşık 1/3’üne denk geldiği söylenmiştir. Gün içerisinde yapılan egzersiz, fiziksel faaliyet, gebelik, hastalık, stres ve zihinsel aktivitenin artması ile ilişkili olarak uyku ihtiyacında da artma olmaktadır. Sağlıklı, zinde ve verimli bir yaşam için yeterli ve kaliteli bir uyku şarttır.

Yaşam kalitesi değişkeninin günümüzde kabul görmüş net bir tanımı yoktur. Çünkü yaşam kalitesi kavramı, bireyin geçmişteki yaşam tarzı, gelenekleri, yaşadığı çevre, maddi durumu, eğitim derecesi, ve psikolojik ve sosyal faktörler gibi bir çok kavramdan etkilenmesi sebebiyle dinamik özelliklere sahip bir kavramdır. Bu nedenle yaşam kalitesi, kişiye özgü bir kavramdır. Kısaca kişinin yaşamından doyum alması ve genel mutluluğu diyebiliriz. Özetlemek gerekirse yaşam kalitesi, genel iyi olma hali yönünde kişinin hissettiği ayrıcalıklı duygular olarak tanımlanabilir. Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre, “içinde yasadıkları kültür ve değerler sistemi barlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” adlandırılmaktadır.

Bütün bu tanımlamaların dışında bazı bilim adamları yaşam kalitesi kavramını farklı olarak tanımlamaya çalışmışlardır. Gotay ve arkadaşları yaşam kalitesini hastalığın kontrolü ve hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal iyi olma gibi fonksiyonlarının yansıtıldığı günlük yaşam aktivitelerini yapabilme yeteneği şeklinde 2 komponentten oluşan iyi olma hali olarak tanımlamaktadır.

Yeme bozuklukluğu ise (YB) yüzyıllardır farklı şekillerde kendini göstermesine rağmen 1950’lerden bugüne ciddi boyutta artmıştır. Bugün ise bu bozukluk çağımızın en büyük problemlerinden biridir. Kendini ciddi klinik sendromlar olarak gösterebildiği gibi ölüm ile sonuçlanabilmektedir. Yaygınlığının bu denli artması birçok nedene bağlı olabilir. Değerlendirme ve tanı koyma araçlarındaki gelişmeler, toplumun bu bozuklukla ilgili farkındalığı, tedavi alternatifleri, günümüzde kadınların kendileri ve toplum tarafından ince ve zayıf beden olması konusunda yapılan psikolojik baskıların artması bu nedenlerden bazılarıdır.

Başka Türde Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu bu kategori içerisindeki altı yeme bozukluğundan biri olan gece yeme sendromu, açlık ve uyanıklıkla ilgili olan biyolojik bir duygudur. Açlık ve uyku ilişkisinde ise, sirkadiyen ve homeostatik ritimin kontrolü ile düzenlenmektedir. Yemek ve uyku sirkadiyen ritimleri, çoğunlukla birbirleriyle uyumlu haldedir. Bu sebeple enerji homeostazı; gece yeme alışkanlığına rağmen, glukoz dengesi ve iştah üzerindeki yapılacak değişikliklerle sürmektedir. Gece yeme sendromu ile birlikte kişinin yeme ve uyku ritimleri bozulmuştur.

Kişinin enerji alımının sekteye uğramasıyla, sabah yeme düzeni bastırılırken, akşam ve gece yeme isteği artar. Bu durum yeme ve uyku düzeninde 2 ila 6 saat arasında bir gecikmeye neden olabilmektedir. Yeme düzeni bozulurken, uyku döngüsünün bozulmadığı gözlemlenmiştir.

ARAŞTIRMANIN AMACI VE HİPOTEZLERİ

Literatürden yola çıkarak yapılan bu araştırmada Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve gece yeme sendromu üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. Araştırma sonucu doğrultusunda aşağıdaki hipotezler sınanmıştır:

H1: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi, uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

H2: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

H4: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında medeni hal değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

H5: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

H6: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında çocuk sahibi olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık yoktur.

H7: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında gece atıştırma isteği değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

H8: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında akşam yemeği sonrası atıştırma isteği değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

H9: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında uykuya geçme değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

H10: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında uykuyla ilgili profesyonel yardım değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

H11: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında genel sağlık değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

H12: Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi ve gece yeme bozukluğu puanlarında fiziksel sağlık değişkenine göre anlamlı bir farklılık vardır.

ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırma kapsamında kullanılan ölçme aracının Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve gece yeme sendromu üzerindeki etkisini yeterli düzeyde ölçtüğü varsayılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan örneklemin evreni tam olarak temsil ettiği varsayılmıştır. Bununla birlikte, katılımcıların ölçme aracını doldururken objektif davrandıkları kabulü yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışma 2019 yılı Őubat-Haziran ayları arasında toplanan verilerle sınırlandırılmıőtır. Araştırma, Tũrkiye’de ikamet eden, 18 yaş ũstũ gönũllũ 407 kadın katılımcı ile sınırlıdır. Araştırmada kullanılan anket formu çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtileri, uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve gece yeme sendromu konusunda elde edilecek veriler için sınırları teşkil etmektedir. Bununla birlikte araştırma ulaőılan alan yazın tarafından oluőturulan çerçeve ile sınırlandırılmıőtır.



BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Depresyon

Depresyon, birçok psikiyatrik rahatsızlığa nazaran tanımlaması yapılmış en eski rahatsızlıklardan bir tanesidir. Eber papirüsünde, Eski Ahit'te, antik çağ hikâyelerinde depresyon andıran tabloların varlığı görülmüştür (Türkçapar, 2004, s.12). Melankoli anlamına gelen kara safra kavramı da bazı ruhsal problemleri tanımlamak için kullanılmıştır. Latince “depressus” sözcüğünün kökünden gelen, bitkin düşme, kederli olma, cesaretini yitirme, donuklaşma ve durgunlaşma anlamına gelmektedir. Ruhsal çökkünlük anlamına gelmektedir.

Depresyona benzetilen bu rahatsızlık karaciğer ve safra da meydana gelen bedensel rahatsızlıkların yol açtığı; halsizlik, uyku problemleri, kaygı düzeyinde artış, ilgide azalma, ölüm ve intihar etme düşünceleri gibi belirtiler ile kendini gösterdiği belirtilmiştir. (Türkçapar, 2004, s.13). İsteksizlik, depresyonun temel belirtilerinden biridir. İnsanın içinden hiçbir şey yapması gelmez (Tan, 2018, s.23). Depresyon sürecinde bireylerde, çökkün duyu durumunun yanı sıra, düşüncelerinde ümitsizlik ve çaresizlik duygusunun baskın olduğu görülür. Geçmişte ilgi duyduğu konular dâhil bütün olay ve durumlara karşı ilgisizliğin ve isteksizliği depresyonun en belirgin bir özelliğidir. Birey de yoğun değersizlik duygusu, iştah kaybı, uyku bozuklukları, hayat enerjisinde ki ciddi düşüş ve intihar düşüncelerinin arttığı ve birçok farklı durumun bir arada gözlemlenebildiği psikiyatrik bir hastalık olarak tanımlanmıştır.

1.1.1. Depresyon Belirtileri

Depresyon, bilişsel, fiziksel ve davranışsal belirtiler ile ortaya çıkan, kişinin duyu durumunda ve düşüncelerinde farklılaşmaya neden olan bir hastalıktır. Depresyon belirtileri 4 ayrı alanda incelenmektedir.

1.1.1.1. Duygusal Belirtiler

Duygusal belirtiler, depresyon hastalarının ilk fark ettikleri çevre tarafından da en çok fark edilen semptomlardır. Çökkün duyu durum, karamsarlık, daha önce

yapmaktan hoşlandığı şeyleri yapma istememe, mutsuzluk ve hüznün olarak tanımlanır. Duygusal olarak bitkin olan kişi bir herhangi bir olaya ve duruma karşı ilgisiz ve donuk olabilmektedir. Özgüveni düşük, kendini değersiz hisseden ve intihar düşüncesi içerisinde olan bir hal ve tavır içerisinde. Kişi üzerindeki bu değişimin geçmiş yaşantılara ve duygu durumuna verilen bir tepki olarak görülmüştür. Öz saygıda azalmaya yol açan depresyon kişinin yaşına göre de farklı belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Depresyon, bireyde yetersizlik duygusunun hâkim olduğu, iştah değişimleri, çökkün ruh hali, olumsuz benlik algısı, hayatı sonlandırma düşüncesi gibi belirtilerin gözlenebildiği bir hastalıktır. Belirtileri yoğunluğu sabah saatlerinde artarken, akşam saatlerine doğru belirtiler azalmaya başlar ve sabaha göre daha iyi hissedebilmektedir.

1.1.1.2. Bilişsel Belirtiler

Depresyon belirtilerini yaşayan bireylerin genellikle kendileriyle ilgili karamsar ve olumsuz düşünceler taşımaktadırlar.

Olumsuz bir olay ile karşılaştığında bu durumdan kendisini sorumlu tutmaktadır, hiçbir eylemi dışardan bir destek olmadan gerçekleştiremeyeceği düşüncesi içerisinde girmektedirler. Gelecek onlar için karanlık ve belirsizliklerle doludur. Ölüm ve intihar düşünceleri vardır ve yan belirti olarak da fobiler görülmektedir. Karar verme mekanizmaları zayıflamış, verdikleri kararlarda ise yoğun bir pişmanlık yaşamaktadırlar.

Depresyon kişinin kendini ifade gücünü de azalmasına, aynı zamanda dikkatlerini bir durum üzerinde tutmalarını güçleştirmiştir. Depresyon hastalarının sorulan sorulara kısa veya tek kelime ile cevap verdikleri görülmektedir. Unutkanlık ise çok sık yaşanan durumlardan biridir.

1.1.1.3. Davranışsal Belirtiler

Depresyon, kişinin hareketlerinin yavaşlamasına neden olur. Bir olaya başlamak ve bitirmek birey için çok zorlayıcıdır. Depresyonun ağırlığıyla birlikte hareketlerinde aynı oranda ağırlaştığı görülmektedir. Ağır depresyon hastalarında, hareketler ciddi

derecede azalır bunun sonucunda ise alçak ses tonu ile konuşma, mimik kullanmama, kambur oturma gibi durumlarla karşılaşmıştır (Gezer, 2008, s.9).

Ajitesi yüksek olan kişilerde ise sık bir şekilde sıkıntı halde gezinme, sürekli inleme tarzında sesler çıkarma, sık sık ellerini ovuşturma gibi zıt belirtilerin olduğu da gözlemlenmektedir.

1.1.1.4. Fiziksel Belirtiler

Depresyonun tanımını zorlaştıran etmenlerden biri de bedenselleştirmedir. Kişi bedensel belirtileri yorumlayışı ve nasıl bağlantı kurduğuyla alakalıdır. (Yenier ve ark. 15(1), s.26-40).

Depresyonda en sık görülen bedensel yakınmalar; vücutta ağrılar, bağırsak düzensizlikleri ve sindirim sorunlarıdır. Genellikle depresyon tanısı almış ilk basamak hastaları, üzüntü ve çökkünlük bahsetmek yerine sıklıkla baş ağrısı, göğüste ağırlık hissi gibi bedensel yakınmalarından daha çok bahsederler. Yaşadıkları bu bedensel belirtileri nasıl yorumladıkları bu yüzden oldukça büyük önem taşır. Depresyonlu bireyler sıradan bedensel belirtileri dışa vurma şekilleri; uyku problemi, halsizlik, aşırı ses gibi belirtilerin normalleştiği bu belirtiler ruhsal veya bedensel olarak normalin dışında durumlara bağlayarak hastalık olarak algıladıklarını iddia etmişlerdir. Depresyonunda belirtilerinden olan bedensel belirtiler, klinisyenler tarafından yanlış değerlendirildiğinde gereksiz arayışlara ve uzun soluklu çözüm alınamayan tedavilere neden olmaktadır. Depresyon yaygınlığı, kronikleşme ve tekrar etme riskinin yüksek olması, işlevsellik kaybını ve intihar riskini artırması sebebiyle toplumsal ve bireysel açıdan günümüzde önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Uyku bozukluğu depresyon belirtileri taşıyan hastalar için oldukça genel bir belirtidir ve depresyon hastalığında görülen belirtiler arasında neredeyse ilk sıralarda gelmektedir. Depresyon hastalarında normalden daha fazla uyuma isteği veya normalin altında uyuma görülmektedir. Bunun sonucunda ise uyku bozukluğu ortaya çıkar. Uyuyamama veya yorgun uyanma, erken uyanma gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Depresyon hastalarında iştahsızlıkla birlikte fazlaca kilo kaybı yaşanmaktadır. Kişi geçmişte keyif alarak yediği yiyecekleri, tat almadan zorla tüketmeye çalışır. Nadir durumlarda iştahta artış olduğu da görülmektedir ancak genel olarak bir iştahsızlık hâkimdir. Duygusal boşluğu doldurmak adına bazen fazla yemek yeme alışkanlığı görülebilir. Cinsel

isteksizlikte yaşanan belirtilerde biridir. Erkeklerdeki düşük libido ereksiyon kaybına neden olmaktadır. Cinselliğin aksaması aynı zamanda erkeğin özgüven sorunu yaşamasına neden olmaktadır. Kullanılan antidepresanların yan etkileriyle birlikte orgazm ve sertleşme sorunu yaşanmaktadır.

Depresyonu tanımlamak önlenmek, tedavi ve tekrar etmeye yönelik risklerinin belirlenmiş olması oldukça önemlidir. Birincil duygu durum bozukluğu şeklinde ortaya çıkabileceği gibi, psikiyatrik ve tıbbi durum olarakda ikincil olarak da görülebilmektedir. Bireyde gözlenen birkaç belirtinin on dört gün boyunca veya daha uzun bir süreyle yaşanması ve bireyin kişisel ve sosyal çevresine karşı verimliliğini sekteye uğratması durumunda depresyon tanısı verilebileceği belirtilmiştir.

Depresyonu yalnızca patolojik bir durum olarak değerlendirmemek gerekmektedir. Depresyon bozuklukları belirtilerine göre araştırıldığında; depresyon birbirleri ile bağlantılı olan birçok depresyon türü olduğu gözlemlenmiştir. Bu türlere baktığımızda yaşanan sıklık, duygu, durum ve zamana göre kategorilere göre ayrılabilir. Ağır depresyonlar, tedavi edilmediği takdirde intihara dahi yol açabilir. Depresyonun verdiği ruhi ıstırap o kadar büyüktür ki hasta fiziki acıyı hissetmez (Tan, 2018, s.22).

1.1.2. Depresyon Türleri

Psikiyatrik hastalıkların uluslararası sınıflandırılması amacı ile Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı DSM-5 ve DSÖ'nün Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması (ICD-10) kullanılmaktadır. Psikiyatrik Bozukluklar Tanısal, Sayımsal El Kitabı dizgesinde çökkünlük durumuna 'major depresyon' denmiş ve tutunmuştur. Oysa DSM'de bir 'minor depresyon' tanımlanmamıştır. Bu sebeple tutarlı bir terim olmadığı düşünülebilir. Gerek ICD, gerekse DSM tek çökkünlük dönemi ve yineleyici çökkün duygu durumun şiddetine göre hafif, orta, ağır olarak ayırmaktadır. ICD-10 hafif ve 17 orta şiddetteki çökkünlükleri somatik belirtileri olan ve olmayan, ağır çökkünlükleri ise psikotik belirtisi olan ve olmayan diye ikiye bölmektedir. Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5'te ise major depresyonun hem seyir ve şiddet özellikleri (hafif, orta, ağır, psikotik özellikli, kısmi düzelme, tam düzelme ve belirlenmemiş) hem de belirtileri açısından çeşitli

belirleyiciler (atipik, karma, bunalıtlı katatonik, melankolik, , mevsimsel, duygudurumla uyumlu ve uyumlu olmayan psikotik özellikli ile peripartum başlangıçlı) tanımlanmıştır.

Depresyon ana bir başlık olduğunu düşünürsek içerisinde birçok alt gruptan oluşmuş bir hastalık kümesi olduğu söyleyebiliriz. DSM sınıflandırmasına göre en yeni versiyonu olan DSM-V'e alt grupları şu şekilde değerlendirilmiştir.

- Majör Depresyon Bozukluğu
- Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu
- Premenstrüel Disfori Bozukluğu
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu

DSM V'e göre depresyon, en az iki haftalık bir sürede kişinin yaşamının işlevselliğindeki değişimle birlikte Tablo 1'deki verilen belirtilerden en az 5 tanesinin bulunması; belirtiler en içerisinde az birinin, depresif duygulanım, ilgisizlik veya artık anhedoni ile ilgili olmalıdır. (Tablo 1) (American Psychiatric Association Publishing, 2013)

Tablo 1.DSM V Majör Depresyon Tanı Kriterleri

<p>A. İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlik aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama, olması gerekir. (1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. Kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder.) ya da başkalarının gözlemesi(örn. Ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen hergün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir. (2) hemen hergün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere). (3) perhizli değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması. (4) hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması. (5) hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir) . (6) hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması. (7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrisal olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil) (8) hemen her gün, düşünme ve yoğunlaşma kabiliyetlerinde azalma, kararsızlık olması. (9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.</p>
<p>B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.</p>
<p>C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.</p>
<p>D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedav için kullanılan ilaç) ya da genel tıbbi durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.</p>
<p>E. Bu semptomlar yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.</p>

Depresyon, belirtilerin şiddetine göre hafif, orta, şiddetli olarak ayrılmaktadır. Şiddetine bakılmaksızın psikotik özellik taşıyıp taşıyamamasıda bir sınıflandırma şeklidir. DSM-V şiddet, psikoz veya başka bir hastalıktan kaynaklanmayan kriterleri dışında semptom özelliklerine göre alt tipleri tanımlamıştır. Buna göre depresyon

1- Atipik

2- Melankolik

3- Katatonik

4- Postpartum başlangıçlı olarak sınıflandırılmıştır.

Bunların dışında, bazı kaynaklarda depresyon çeşitleri arasında mevsimsel depresyona da yer verilmektedir.

1.1.2.1. Atipik Depresyon

Maskeli depresyon olarak adlandırılır. Major depresif bozukluğu olan hastalarda atipik özellikler yaygın olarak bulunur. Anksiyete, fobik, histerik ya da obsesif belirtilerle birlikte gün sonunda artan depresif duygulanım, cinsel isteksizlik, iştahın artmasıyla birlikte kilo alımı, uyku düzensizliği ile birlikte uykusuzluk, alkol/madde bağımlılığı olan depresyon tipidir. Atipik özellikli majör depresif hastalar diğerleri ile karşılaştırıldıkları daha erken depresif döneme başladıkları görülür, psikomotor gerileme daha belirgindir. Daha sık panik bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı tanısı alırlar.

Genellikle atipik belirtiler, tüm depresyonların 1/3'ünde bulunmaktadır. Avrupa kaynaklı geniş alan çalışması olan Zürih Cohort çalışmasında halkta atipik özellikler ile kendini gösteren majör depresif bozukluğun %4,8, atipik özellikler gösteren depresif sendromun %7,3 olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Depresyonun sıkça atipik özellikler göstermesi, kadınlarda erkeklerden fazla olduğu görülmüş. Atipik depresyon bulunan kişilerde çekingen kişilik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu ya da sosyal fobi daha fazla görülebilir (Koyuncu ve ark. 2013, s.276-289).

1.1.2.2. Melankolik Depresyon

Bedensel belirtilerle karakterize olan melankolik tip depresyon, stres ile artmayan, biyolojik bir etiyojolojiye sahip olan, çevre olaylarına karşı tepkisiz kalması psikoterapiye değil daha çok bedensel tedavilere yanıt veren, patolojisi olmayan kişilerde olan, özel bir belirti kalıbıyla bütünleşmiş bir hastalıktır. Klinik çalışmalarda, kullanılan tanı sistemine göre değişmekle birlikte majör depresyon tanısı alan ve yatarak tedavi edilen hastaların yaklaşık yarısında melankolik tipte depresyona rastlanmaktadır. Yapılan çalışmada, melankolili depresyonu olan hastaların olmayanlara göre daha

yaşlı hastalar oldukları saptanmıştır. Yani melankolinin yaş ile bir bağlantısı vardı. Psikomotor becerilerin gerileme, erken uyanma, sabahları depresyon belirtilerinin yoğunlaşması (gün sonuna doğru belirtilerin azalması), kilo kaybı, psikomotor ajitasyon, olumlu çevresel olaylara tepkisizlik ve suçluluk duyguları tanı sistemlerinde en sık yer alan belirtilerdendir. Tanı sistemlerinde en sık yer alan belirti olmayan melankoli ölçütü ise kişilik bozukluğu olmamasıdır (Türkçapar, 2004, s.15).

1.1.2.3. Katatonik depresyon

Katatonik özelliklerin görüldüğü bir depresyon türüdür. Tedavide EKT tedavisi talep edilir. Katatoninin ana belirtileri olan stupor hali, künt duygulanım, aşırı çekilmişlik hali, negativizm ve belirgin psikomotor retardasyon hem katatonik hem de katatonik olmayan şizofrenide, majör depresif bozuklukta (sıklıkla psikotik özellikli), başka tıbbi ve nörolojik hastalıklarda görülebilmektedir. Bununla birlikte katatonik belirtiler en sık bipolar tip I bozuklukta görülür. Katatonik belirtiler birçok tıbbi ve psikiyatrik hastalıkta görülebilen davranış belirtileri olduğu için tek başına bir tanı değildir. DSM-IV'te katatonik özellikler majör depresif bozukluğun, bipolar tip 1 ve 2 bozuklukların en son manik veya majör depresif döneminde görülmektedir.(Büyükişık, 2008, s. 28).

1.1.2.4. Postpartum Başlangıçlı Depresyon

Doğum sonrası ilk 4 hafta içerisinde başlayan depresyon belirtileri ile kendini gösterir. Bipolar bozukluğun ilk atağı olabilme riski vardır. Doğum sonrası hüznün ile başlayan ancak psikoza kadar gidebilen şiddetlerde karşılaşılabilmektedir.

1.1.2.5. Mevsimsel özellik gösteren depresyon

Yılın belirli zamanlarında tekrarlayarak seyredir. Sıklıkla mevsim geçişlerinde kendini gösteren bu depresyon, sonbahar-kış döngüsünde başlayan ve ilkbaharda düzelen bir döngüdür. Sık olmasa da yaz dönemlerinde de karşılaşılar. Soğuk mevsimlerde, genç insanlarda ve özellikle kadınların yaygınlığı fazladır. Uyku talebinde artış, fazla karbonhidrat alımı, aşırı yemek yeme, kilo alma, yorgunluk, bitkinlik belirtileri ile kendini gösterir. Işık terapisinin fayda sağladığını belirten yayınlar vardır.

1.1.3. Epidemoloji

Günümüzde depresyon, psikiyatri hastalıklarında arasında en fazla rastlanan rahatsızlıklardandır. Toplumda görülme oranı % 9-21 arasındadır. Günümüzde depresyon, dünya üzerinde yaklaşık 121 milyon insanı etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre işlevselliğin azalmasıyla ortaya çıkan iş görmemezlik durumunun ise bilinen en belirgin nedeni olarak depresyon gösterilmektedir.

Senede 850.000 kişi depresyon yüzünden intihar ettiği bilinmektedir. Depresyon tedavi edilebilir hastalık olmasına rağmen ancak bu hasta grubunun %25'inden azı tedavi almaktadır (World Health Organization,2012, s.8).

Türkiye'de yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, Küey ve Güleç (1993) depresyon ile ilgili gözlemleri şöyledir;

a. Klinik seviyelere ulaşmış depresyonun toplum içindeki yaygınlığı % 10 civarındadır.

b. Depresyonun %20'sini somatik belirtiler oluşturduğu, yaklaşık %10'nun ise suçluluk gibi belirtiler ruhsal belirtiler yaygınlık hızındadır.

Fiziksel rahatsızlığa ek gelişen ikinci olarak gelişen depresyonun ikincil depresyonun ciddi boyutta (% 48.8) olmasının yanında, grup içerisinde yer alan her 3 kişiden birinin depresyonun kronikleştiği görülmüştür.

Cinsiyet, depresyonun ortaya çıkmasında önemli bir faktördür. Yapılan araştırmalarda, kadınların daha çok depresif belirtiler yaşadığı saptanmıştır (Ünal ve ark. 2000, s.41-48).

Evli çiftler de ise evliliğin kadınlarda depresyon belirtilerini arttırdığı görülürken, erkeklerde ise tam tersi şekilde azalttığı görülmektedir. Kadınların hamilelik, annelik, eş olmak gibi sorumlulukların birçoğunun kadında olmasının kadınların depresyonunu daha fazla olmasının sebebi olarak gösterilmektedir (Savrun, 1999, s.11-17).

Türkiye üzerinde depresyon ile ilgili yapılan çalışmalarda 2000 yılı öncesi ve sonrasını değerlendiren çalışmalara göre depresyonun hızla arttığı görülmüştür. Türkiye

üzerinde yapılan araştırmalarda bazı şehirlerde depresyon belirtilerinin belirgin şekilde fazla olduğu görölmüş ve nedenleri incelenmiştir. Ortaya çıkan sonuca göre ise, kız çocuğu olmak, düşük sosyoekonomik durum, sosyal desteğin yetersizliği gibi nedenler saptanmıştır. (Binbay ve ark. 2013, s.1-18).

60 yaş üzerinde olan yaşlı bireylerde ise depresyon belirtilerinin erken müdahale edilmesi, kalan yaşamlarını daha olumlu geçirmelerini sağlayacaktır. Erken tanı ve müdahale, yaşlı bireyin intihar düşüncesi içerisine girmesini engellemek içinde önem arz etmektedir.

Araştırmalar genç yetişkinlerin %15'nin depresyon belirtileri, %9'nun ise minor depresyon epizodu geçirdiği belirtilmiştir. Ergenlerde depresyon belirti sıklığı, ölkemizde %27 olarak bildirilmiştir (Görker ve ark. 2004, s.103-110). Majör depresif bozukluk, depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan konu olmuştur. Yaşam boyu sıklığı yaklaşık %15, kadınlarda %25 olan, sık görölen bir bozukluktur.

Kadınlarda depresyon, erkeklere göre ikiye katlayacak şekilde fazla rastlanmaktadır. Majör depresyon 20-40'lı yaşlarda daha çok görönen bir rahatsızlıktır. Majör depresyon yaygınlığı; 1992'de Angst'ın yaptığı çalışmada % 4 % 19 ve 1994'de Kessler tarafından yapılan çalışma ile %17.1 olarak belirtmiştir. 1995'de Doğan ve ark.bazı çalışmalar yapmışlardır bu çalışmalarda; Türkiye'de depresyon yaygınlığı (%8-20) diğer ölkere oranlarına yakın çıkmıştır. Kessler' in yaptığı bir çalışmada 1 yılda % 10'nun majör depresyona rastlanmıştır. 365 günlük yaygınlığı ise kadınlar için % 8 bulunurken , erkeklerde bu oran % 3 civarındadır. 1994'de Witchen ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise hayat boyu tekrar eden kısa süreli depresyon oranı % 11 olarak bulunmuştur.

1.1.4. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon ortaya çıkmasının altında birçok neden vardır. Bireyin genetik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyolojik ve psikolojik yapısının depresyon oluşumunda önemli olduğu belirtilmiştir.

Sosyal çevrenin olumsuz etkileri, anne ve babanın tutumlarındaki yanlış yaklaşımları, bedensel ve psikiyatrik hastalıkların varlığı, madde kullanımının olması, cinsiyetten dolayı karşılaşılan sorunlar depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu

belirtlmifltir. Bu sonuçlardan yola çıkararak depresyonun birçok sebebi olduğu anlaşılmıştır (Ünal ve ark. 2000, s.41-48).

1.1.4.1. Sosyal evre ve Kişilik Faktörü

Üzüntü ve yaşanan olaylardan acı duyma duygusunun kişiyi tamamen etkisi altına aldığı depresyonun, sosyal çevreden ve toplumsal özelliklerden etkilendiği görölmektedir. Son zamanlarda artan ekonomik krizler, toplumsal sorunlar depresyon görölme sıklığını artırmıştır (Cimilli ve ark. 2013, s.1-18).

Kişinin kendi gerçekliğinden kopuk olması, depresyonun belirgin özellikleridir. Depresyon kişinin bilişsel hatalar oluşturup, yanlış değerlendirmeler yapmasına ve ortaya çıkan bu olumsuz düşünce yapısı ise kişiyi problemlere karşı çaresiz hissetmesine neden olarak depresif belirtiler yaşamasına neden olmaktadır (Beck, 2008, s.969-977).

Yapılan araştırmalar, stresin insan beyninde kalıcı hasarlara neden olduğunu ve bu yüzden depresyonun tekrar yaşanmasına neden olabileceğini göstermektedir. Çocukluk döneminde yaşanan kayıplar, bireyin ileriki dönemde depresyon yaşama ihtimalini kayıp yaşamamış çocuklara göre daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. ([http://www.populervedikal.com/1999/11/01/depresyonun-nedenleri-nelerdir/. s.1](http://www.populervedikal.com/1999/11/01/depresyonun-nedenleri-nelerdir/.)).

Depresyon zayıf kişi hastalığı değildir. Tam aksine aşırı sorumluluk sahibi, yardım sever her sorumluluğu alan kişiler depresyona daha yatkındır. Bu nedenle depresyon saçını süpürge eden hastalığı da denilebilir.

1.1.4.2. Fizyolojik- Biyokimyasal Faktörler

Depresyon ve duygu durum bozukluklarının vücutta bulunan kimyasal sıvılar ile ilişkisine yönelik yapılan araştırmalarda indolaminler ve katekolaminler incelenmiştir. Doğan (2006), yaptığı çalışmada noradrenalin, serotonin, asetilkolin, kanda bulunan sodyum-potasyum dengesinin, yine kanda bulunan çinko, magnezyum ve şekerin fazla veya az olduğu saptanmıştır.

Bireyin biyolojik yapısı incelendiğinde, beyindeki noradrenalin, serotonin, dopamin nörotransmitterlerinin seviyesinde ki azalmanın veya etkisiz olmasının

depresyona neden olduğu anlaşılmıştır. Depresyonun, hem nörotransmitterlerin azalmasıyla hem de aralarında oluşturduğu denge durumu ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Depresyon ve biyolojik özellikler arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik çalışmalar son zamanlarda artmıştır. Yapılmış araştırmalarda biyolojik özelliklerin depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğunu bulunmuştur ancak etkisinin ne boyutta olduğunu bilmesinin mümkün olmadığı belirtilmiştir (Beck, 2008, s.969-977).

1.1.4.3. Genetik Faktörler

Yaşanan duygu durumu değişimleri, depresyon ve mani süreçlerinin esas nedenlerinden birinin genetik faktörler olduğu belirtilmiştir. Genetiğin insan yaşamına etkilerini araştıran Mendel, insana özgü genetik yasalardan bahsetmiştir.

Duygu durumunda ortaya çıkan depresyon ve mani süreçlerinin en temel nedenlerinin başında genetik faktörlerin geldiği belirtilmiştir. Genetik yapının bireyin yaşamında oluşturduğu etki bakımından önemli bir yerinin olduğu saptanmıştır. Bu genetik etkileri araştıran Mendel, insana özgü genetik yasaları meydana çıkarmıştır. Psikiyatrik problemleri genetik alt yapısını inceleyen çalışmada depresyon belirtilerini yaşayan kişilerin yakın akrabalarında da benzer durumlarla karşılaştığı görülmüştür. Ayrıca aile kökeninde depresyon olan bireylerin depresyon yaşama ihtimalinin toplumsal yaygınlığa göre 10 katı daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Genetik özelliklerin depresyon üzerinde etkisi oldukça belirgindir ancak genetik yapı depresyona zemin oluşturmasa dahi sosyal çevrenin etkisi ile bireyde depresyon görülme ihtimali oldukça fazladır. Yapılan araştırmalarda ağır düzeyde depresyon yaşayan bireylerin ailelerinde depresyon ihtimalinin fazla olduğu görülmüştür. İkizler üzerinde yapılan bir araştırmada tek yumurta ikizlerinden birinin depresyon hastası olması diğer ikizinin de depresyon yaşama riskini %50 ye çıkartmaktadır. (<http://www.populervedikal.com/1999/11/01/depresyonun-nedenleri-nelerdir.s.1>).

2007 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada 18-96 yaş aralığında bulunan 6694 kişinin dâhil edildiği araştırmada, majör depresif bozukluğun bir ay süreyle görülme sıklığının %5.2 şeklinde olduğu bulunmuştur. Yine bu çalışmada İspanyol dışındaki beyazların, orta yaş düzeyindekiler ve kadınların daha

fazla depresyona girdiği belirtilmiştir. Ayrıca majör depresif bozukluk ile aşırı kiloluluk (obezite), sağlığın çabuk bozulması ve tütün tüketimi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı "Küresel Bir Kriz Olarak Depresyon" isimli raporda, Avrupa ülkelerinde psikiyatrik hastalıkların neden olduğu fiziksel ve ruhsal hastalıkların depresyondan kaynaklanma oranı %20 olarak belirtilmiş, kimi Avrupa ülkelerinde bu oranın %26 ya kadar çıktığını belirtmektedir (http://www.who.int/mental_health/management/depression/en, s.1). Depresyon, dünya genelinde sağlıksız yaşamın artmasına, engelliliğe veya işlevselliği bozmaya yol açan en önemli nedenlerin başında geldiği ifade edilmiştir. 2005-2015 yılları arasındaki süreçte depresyon yaşayan birey sayısının %18 gibi bir artış gösterdiği ve günümüzde 300 milyondan fazla bireyi etkilediği belirtilmiştir.

1.1.5. Eşlik Eden Bozukluklar

Bedensel yakınmaların fazlalığı depresyonu gizleyebilir. Kalp, sindirim ve boşaltım sistemi ile ilgili yakınmalar, kas ve ortopedik yakınmalar. Klinik gözleme göre kişiye depresyon bulgusuna ulaşılsa bile öncelikle bu belirtilerin bir hastalıktan ve ya madde kullanıma bağlı olarak ortaya çıkmamış olması gerekmektedir. Depresyon belirtileri birçok hastalık belirtileri ile karıştırılabilir, bu nedenle diğer hastalıklardan ayırtırmak gerekmektedir (Çığrıkçı, 2007).

1.1.5.1. Alkol-Madde Bağımlılığı

Alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan kişilerin %10 ile %30'unda depresyon görülmektedir. Depresyondaki kişilerin ise ancak %5'inden daha azında alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olduğu ve depresyondaki kadınların, 21 erkeklerden daha çok duygudurum bozukluklarını yatıştırmak için alkole başvurduğu saptanmıştır.

1.1.5.2. Panik bozukluk

Anksiyete ve depresyon belirtileri genellikle bir arada bulunur. Depresyonla yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) arasında ileri derecede genetik bir ilişki bulunabilirken fobik bozukluklarla depresyon arasında böyle bir ilişki ancak orta

derecede bulunabilmiştir. Anksiyete ve depresyonun birarada görülmesi, her bir bozukluğun tek başına görülmesinden daha çok işlevsellikte bozulmaya ve söz konusu rahatsızlığın daha da ağırlaşmasına neden olmaktadır. Major depresyonu olan hastaların %10 ile %20'sinin panik bozukluğunun olduğu, ayrıca panik bozuklukla depresyonun birlikteliği intihar olasılığının öngörülmesini sağlayan etkenlerden biridir. Yine major depresyonu olan hastaların % 30 ile 40'ının da hastalıklarının gidişi sırasında, anksiyete bozukluğu belirtileri olduğu saptanmaktadır.

1.1.5.3. Obsesif Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluğu olan kişilerin %10 ile 30'u major depresyonun tanı ölçütlerini karşılayan belirtiler gösterir. OKB olan kişilerin major depresyon geçirmeye yatkınlıkları fazladır.

1.1.5.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu olan kişiler çoğu zaman eş zamanlı depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları geçirir. TSSB olanların eş zamanlı depresif bozukluk geçirme oranları %30 ile 50 arasında değişmektedir.

1.1.5.5. Somatizasyon Bozukluğu

Major depresyonu olan kişiler, ağrı da içinde olmak üzere, sıklıkla bir takım somatik belirtiler göstermektedirler. Ancak somatik yakınmaların yoğunluğu, sıklığı ve vücutta dağılımı somatizasyon bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaya yetmez.

1.1.5.6. Yeme Bozuklukları

Anoreksiya nervozası yada bulimia nervozası olan kişilerin %33-50'sinde eşlik eden bir duygudurum bozukluğu bulunur. Yeme bozukluğu olan hastaların %50'siyle 75'inde yaşamları boyunca saptanan bir major depresyon dönemi bulunur.

1.1.5.7. Kişilik Bozuklukları

Ayakta tedavi alan depresyondaki hastaların %30 ile 40'ının, yatan depresyon hastalarının ise %50 ile 60'ının kişilik bozukluğu olduğu saptanmıştır. Özellikle major depresyon ve borderline kişilik bozukluğu arasında ise bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

1.1.6. Ayırıcı Tanı

1.1.6.1. İkincil Çökkünlükler

Hastalık tablosu bedensel bir hastalığı ya da ilaç kullanımına ikincil gelişmiştir. Altta yatan hastalığın sağaltımı ya da kullanılan ilacın kesilmesiyle çökkünlük belirtileri düzelir (Öztürk, 2008, s. 5-10).

1.1.6.2. Bunama

Çökkünlük altta yatan bunamaya bağlı gelişebilir. Bazen yalancı bunama belirtileri gösteren ağır çökkünlükleri gerçek bunamadan ayırt etmek zor olabilir. Yalancı bunamadaki bilişsel belirtiler bunamadan bazı farklar içerir, bazen ayırıcı tanıda yol gösterici olabilir (Öztürk, 2015, s.5-10).

1.1.6.3. Yas

Çökkünlüğe çok benzer, ancak yineleyici olma olasılığı düşük olması nedeniyle prognostik geçerliliği düşüktür. Yastaki üzüntü ve mutsuzluk zaman içinde yatışmaya başlar ama bunun için bir süre sınırı koymak doğru değildir. Suçluluk duygusu çoğu zaman olmaz. Yasta bireyin kendine saygısı genellikle kaybolmaz. Yas döneminde genellikle öz kırım düşünceleri yoktur. Psikiyatrik Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-IV'na göre bir yakının ölümünden sonra çökkünlük belirtileri ortaya çıkarsa major depresyon tanısı 23 konamazken, DSM-5'te major depresyon tanısı için yas bir dışlama ölçütü olmaktan çıkarılmış, hekimin klinik değerlendirmesinin önemine vurgu yapan bir not eklenmiştir. Bu yaklaşım değişikliği başka çok önemli kayıpların (mali yıkım, bedensel hastalık ya da sakatlık gibi) ardından gelişen çökkünlüğün, yastan ayrılması çok anlamlı olmamasına, DSM-IV'te ise için tanımlanan süre (2 ay) ve

belirtilerin geçerliliğine ilişkin yeterli kanıtın bulunmamasına dayandırılmaktadır (Uher ve ark. 2014, s.459-471).

1.1.6.4. Şizofreni

Bazen şizofreni başlangıcında klinik görünümüne çökkünlük bulguları egemen olabilir. Öncelikle acayip davranış, duyguduruma uygun olmayan sanrılar ve şizofreniye özgü düşünce bozukluğu gibi belirtiler ile çökkünlük tanısından uzaklaşılır. Şizoafektif bozuklukta antidepresanlarla iyileşme olmayışı, antipsikotiklere yanıt alınmasıyla ayrıcı tanıya gidilir. Psikotik belirtili çökkünlüğün şizofreniden ayırt edilmesi hastalığın gidişi, hastalık öncesi uyum ve kişilik yapısının incelenmesi ile olur. Katatonideki balmumu esnekliği, telkine yatkınlık, stereotipiler çökkünlükte görülmez. Ayrıca, katatonik hasta bazen birdenbire fazla hareketli ve saldırgan olabilir ki bu belirti çökkünlüğe uymaz. Katatonide, duygu durumunda üzüntü ve acı yerine künt olma durumu vardır (Öztürk, 2008, s.5-10).

1.1.6.5. İki Uçlu Bozukluk

Çökkünlük yaşayan herkes birkaç gün boyunca; başkaları tarafından hasta olarak gördüğü ve garipsediği, tükenmeyen bir enerjiye sahip oldukları, maddi sınırlarını zorlayan, uykuya ihtiyaç gereksinimleri sorulmalıdır.

1.1.7. Risk Faktörleri

Depresyonun risk faktörleri oldukça çeşitli ve araştırılması gereken bir konudur. Tek bir neden sorumlu tutulmadan, bütün ihtimaller araştırılmalıdır. Sosyal çevreyle deneyimlenmiş olumsuz iletişim ve genetik özellikler depresyon için önem taşıyan risk faktörleri olarak kabul edilmelidir. Aile yapısı, kişisel özellikler, cinsiyet kimliği (kadın olmak), olumsuz yaşantılar, yetersiz eğitim seviyesi, fizyolojik rahatsızlıklar, yorucu tedavi süreçleri, psikiyatrik bozuklukların depresyon için temel risk faktörleri olduğu düşünülmüştür. Kişinin yaşadığı ortam, yaşı (18-44 yaş aralığında olması) sosyoekonomik durumu, medeni durumu, işsizlik durumu ya da mesleği gibi etkenler risk etkenleri olarak sayılabilir.

1.1.7.1. Cinsiyet

Net bir oran verilirse de depresyon belirtilerinin, kadınlar erkeklere oranla daha fazla depresyona girdiği görülmüştür. Depresyonun kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmesi, farklı biyolojilerine rağmen iş seçimleri, cinsiyet rolleri ve kültürel etkilere bağlı şekilde düşünülüp anlaşılmalıdır. Depresyon yaygınlığı oranı kadınlarda 35 yaş ile 45 yaş iken erkeklerde ise 45 yaş ile 65 yaş arasında en üst noktaya ulaştığı görülmektedir. Biyolojik olarak yalnızca postpartum ve premenstrüel dönemlerinde belirtilerin ortaya çıkma durumunun fazlaştığı menapoz döneminde bunun mümkün olmayacağını görülmüştür.

1.1.7.2. Yaş

Depresyon genellikle orta yaş hastalığıdır 40 yaşları civarı başlamaktadır. Yapılan birçok araştırma, çocuklarda ve yaşlılarda depresyon belirtilerinin daha az görüldüğü saptanmıştır. 65 yaş için %1,7; 75 yaş üzerinde %3,2; 79 yaş üzerinde olan yaşlılar için ise %0,5 gibi düşük seviyede risk oranları saptanmıştır. Yakın zamanda ise 20 yaştan küçük kişilerin eskiye göre depresyon belirtilerinin daha çok olduğu gözlemlenmiştir. Belirtilerin kadınlarda 35-40 yaş aralığında, erkek bireylerde ise 55-70 yaş aralığında en üst seviyeye çıktığı tespit edilmiştir (Savrun, 1999, s.11-17). Yaşın ilerlemesiyle birlikte depresif belirtilerin arttığı gözlenmesine rağmen, majör depresyon sıklığının artmadığı görülmüştür.

1.1.7.3. Medeni Durum

Depresyon epidemiyolojisinde değinilen başka bir konu ise medeni durumdur. Sonuçlar incelendiğinde depresyon dağılımında medeni duruma göre farklılıklar görülmektedir. Depresyon, eşleri ile ayrı yaşayan ya da boşanmış kişilerde daha fazla görülmektedir. Eşi olmayan annelerde depresyon riski evli annelere oranla 2 kat daha fazladır.

Brown ve Moran'ın (1997) yapmış oldukları çalışmalara göre; Eşin vefatı depresyonun önemli çevresel stres etkeni olarak kabul edilmektedir. Çevresel stres etkeni cinsiyete göre de değişiklik arz etmektedir. Evli erkekler, bekârlara göre daha az

depresyon riski taşımaktadır. Kadınlarda ise bu durumun aksine evlilik depresyon riskini artırmaktadır. (Kinzl ve ark. 2007, s.334-338).

Depresyon riskini arttıran sebeplerden bir diğeri ise mutsuz evliliklerdir. Boşanmadan sonraki 6 ay erkekler için oldukça riskli bir dönemdir. Türkiye'deki yapılan bir araştırmada boşanmış kişilerin depresyon oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

1.1.7.4. Biyolojik ve Genetik Nedenler

Menopoz, hamilelik, doğum, hormon ve doğum kontrol ilaçlarının etkileri gibi diğerk hormonal etkenler ve normal hormon dalgalanmaları depresyonun ortaya çıkmasında sebep olarak gösterilebilmektedir. Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan depresyonda, artan progesteron düzeyleri ve düşen östrojen sorumlu olabilmektedir. Doğum kontrol haplarını, progesteronun artmasıyla birlikte depresyon belirtilerinin artmasına neden olabilmektedir.

1.1.7.5. Psikolojik ve çevresel nedenler:

Depresyonda kadın erkek eşitsizliğinin başladığı ilk farklılık ergenlik çağında kendini gösterir.

Kadının toplum içindeki rolü, toplumun bu rolden beklentileri, verilen tepkiler, sorumlulukları, yaşamının içerisindeki stresler ve çatışmalar, bununla başa çıkamamış olmanın vermiş olduğu çaresizlik, depresyonu etkileyebilmektedir. Kadınların depresyon şikayeti ile ilgili kurumlara erkeklere oranla daha rahat başvuruyor olmaları daha kolay tanı almalarına neden olmaktadır (Savrun, 1999, s.11-17).

Kadınlar daha çok minör depresyon şikâyetleri daha fazla iken erkekler de ise ağır depresyon şikâyeti ile veya çevresi tarafından zorlanarak profesyonel yardıma başvurdukları görülmüştür.

1.1.7.6. Genetik Özellikler ve Aile Öyküsü

Araştırmalarda elde edilen bulgulara göre, aile, ikiz ve evlat edinme gibi başlıklar depresyona yatkınlık için de genetik temeli oluşturduğu söylemektedir. Bu

durumun ise depresyonun kalıtım özelliklerini etkilediği bilinmektedir (Sönmez, 2007, s.128).

1.1.7.6.1. Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları

Yapılan araştırmalara göre; Sağlıklı ilişkiler kurulan ve koşulsuz sevgi ile büyüyen çocukların diğer çocuklara oranla depresyona girme riskleri çok daha az olduğu saptanmıştır. Çocuğun ani kayıplar yaşaması ve ebeveynden ayrılması gelişimsel açıdan risk faktörüdür. Spitz bebeğin 1 yaşına kadar geçen sürede anneden ayrı kalması durumunda belirtilerin ortaya çıkabileceğini söylemiştir. Bireyi şekillendiren bu zaman aralığında ayrılık ve kayıp yaşanması, çocuğun ya bir savunma mekanizması oluşturarak depresyondan korunmasına ya da depresif bir yapıya bürünmesine sebebiyet verebilmektedir.

1.1.7.6.2. Çocukluk Dönemi Yaşantıları

Çocukluk dönemi depresyonu, çocuğun kişilik gelişimini büyük ölçüde etkileyeceği için oldukça önemlidir. (Gezer, 2008).

1.1.7.6.3. Hastalık Öncesi Klinik Özellikler

Hiçbir kişilik yapısının depresyona direk olarak bir yatkınlığı yoktur. Her kişi ve durumda riskli koşullarda depresyon görülebilmektedir. Depresyona yatkın kişiler genellikle çevresindekilerin mutluluğunu önemseyen ve bunun için çabalayan, insanları incitmek istemeyen ve iyiliksever eğiliminde olan insanlardır.

1.1.7.6.4. Sosyal Destek ve Sosyoekonomik Durum

Depresyon, kesin olmamakla birlikte maddi durumun yetersizliği ilişki olduğu düşülmektedir. Düşük maaşlarla çalışan kadınlarda depresyon oranları, sosyoekonomik şartları daha iyi durumda olan kadınlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Köylerde görülen depresyon oranının, şehirlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Türkiye’de yapılan araştırmalar bu konuda net bir sonuç vermese de, desteklediği noktalar olmaktadır (Savrun, 1999, s. 11-17).

1.1.7.6.5. Klinik Özellikler

Depresyon, daha önce ilgi duyduğu şeylere ilgisini yitirme, genel olarak karamsar bir ruh hali, kendini sürekli sıkıntılı, umutsuz ya da değersiz hissetmek gibi belirtiler ile kendini gösterir. Depresif duygu durum genellikle normal üzüntü ya da yastan ayırt ettiren farklı bir niteliktedir. Hastalar bu depresif belirtileri genellikle dayanılmayacak boyutta öldürücü ruhsal bir acı olarak tanımlar. Sosyal olarak içe çekilme durumu vardır. Depresyon hastaları işlerini yapmaktan zorluk yaşayan, günlük işlerini yerine getirmekte güçlük çeken ve yeni işler için isteksiz olduklarından yakınmaktadırlar.

1.1.7.6.6. Öyküden Elde Edilen Bilgiler

Gün içinde duygu durumdaki dalgalanma (belirtiler sabahları yoğunlaşır).

Sabah erken uyanma (terminal insomnia) depresif hastaların yaklaşık % 75' i uykusuzluk ya da aşırı uyku gibi uyku bozukluklarına sahip olabilmektedir.

Sosyal içe çekilme

Anhedoni (Zevk alamama)

Adet düzensizliği

Libido kaybı/azalması

İştahsızlık veya iştah artışı

Düşük enerji düzeyi, sürekli yorgunluk hali

Kabızlık

Ağız kuruluğu

Baş ağrısı

1.1.7.6.7. Ruhsal Durum Muayenesinden Elde Edilen Bilgiler

- Genel görünüm ve davranış: Vücudun öne doğru eğilmesi, Psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, göz temasında azalma, ağlama, kişisel, görünümüne dikkat etmeme.

- Duygulanım: Sıkıntılı.

- Duygu durum: Çökkün.
- Konuşma: Konuşma isteği azdır, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşur, hafif, düşük tonda ve monotondur. Konuşma içeriği fakirleşmiştir.
- Düşünce içeriği: Kendileri ve dünya hakkında olumsuz bir bakış açısına sahiplerdir.
- Duyum: Dikkati yoğunlaştıramama, bellek zayıflığı, yönelim bozukluğu olabilir.
- İç görü ve yargılama: Kişisel değersizlikle ilgili bilişsel bozukluklar nedeniyle bozulur.

1.2. Uyku Kalitesi

Uyku, insan yaşamının olmazsa olmazdır. Hava, su, besin ve boşaltım gereksinimi kadar hayati bir gereksinim olmasına rağmen gerekli önem ve özen gösterilmemektedir. Hem fiziksel sağlığımız hem de psikolojik sağlığımız için psikofizyolojik bir gereksinim olan uykuya gerektiği önemi vermeliyiz. (Görgülü, 2003). Sebebi ne olursa olsun insanın ruh sağlığındaki en küçük dalgalanma bile kendisini uyku düzenindeki bir bozuklukla ortaya çıkarır (Baltaş ve ark. 2018, s.134). İnsanlarda uyku ihtiyacı, cinsiyet, yaş, yeme düzeni, sağlık, çevresel etkenler, fiziksel aktivite ve kişisel özelliklere göre değişiklik arz etmektedir. Uykuyla ilgili periyodik, fizyolojik değişiklikler, bilinç değişikliği, uyku sırasında neler olduğu gibi sorular uzun süre yanıtsız kalmıştır. Merak edilen tüm sorular, Hans Berger'in elektroensefalografiyi (EEG) icadından sonra cevaplarını bulmaya başlamıştır. Kortikal bioelektrik aktiviteyi ilk defa yazdırmayı başaran Berger, kısa zaman içerisinde uyuyan insanla ilgili çalışmalarına başlamıştır.

Uyku, algılama eşiğinin yükseldiği, dış dünyayı algılamanın azaldığı, çevreye farkındalığın geçici bir süre ortadan kaldırıldığı bir durumdur (Selvi, 2019, s.17). Yapılan bir araştırmaya göre insanlar, 24 saat olan gününün ortalama 4-11 saatini uykuda geçirdiğini ve bu sürenin bütün hayatın yaklaşık 1/3'üne denk geldiği söylenmiştir. Gün içerisinde yapılan egzersiz, fiziksel faaliyet, gebelik, hastalık, stres ve zihinsel aktivitenin artması ile ilişkili olarak uyku ihtiyacında da artma olmaktadır.

Yapılan çalışmalara göre, bebekler 20 ile 22 saat arasında uyurken, çocuklar ise 10 saat ile 12 saat arasında uyumaktadır. Erişkinlerde 6-8 saatin, 60 yaş ve üzeri bireylerde ise 5-6 saatlik uyku yeterli görülmektedir. Sağlıklı, zinde ve verimli bir yaşam için yeterli ve kaliteli bir uyku şarttır. Yapılan araştırmalara göre Türkiye'nin %75'inin 7 -8 saat uykuya ihtiyaç duyduğu, %10'unun ise 6 saatin altında uyku ihtiyacı duyduğu görülmüştür (Kiper, 2008).

Bilinen en yaygın yanlışlardan biri, uykunun sadece vücudumuzu birkaç saatliğine kapatılıp sonra tekrar uyanınca yeniden açılmasıdır şeklindeki anlayıştır. Uykuyu pasif, sabit ve değişmez bir süreç olarak düşünürüz. Aslında uyku pasif değil oldukça aktif bir süreçtir (Magoun, 1949, s.455- 473).

Uyku-uyanıklık döngüsü, insan davranışının en önemli kısmıdır. Uyku gecenin kalan saatlerini işgal ederken, günlük aktiviteler ise genellikle gündüz ve akşamın erken saatleriyle sınırlıdır (Daan ve ark. 1984, s.163-176).

Bireyler arası uyku-uyanıklık ritminin zamanlaması kişiden kişiye göre değişen bir durumdur. Uyku zamanlaması büyük ölçüde hipotalamusta suprakiazmatik çekirdekte yer alan sirkadyen düzenleyicinin kontrolü altındadır.

Gece uykusu uzunluğu birçok nedene bağlıdır ve bundan dolayı normal bir uykunun süresini karakterize etmek zordur. Birçok yetişkin yaklaşık 7.5, saat hafta sonları da biraz daha uzun 8.5 saat uyuduğunu ifade etmektedir. Uykunun uzunluğu genetik olarak olduğu kadar sirkadyen ritimle de ilgilidir (Carskadon ve ark. 2011, s16-26). Kısıtlı uyku süresi özellikle kronik olduğu durumlarda davranışsal ve fizyolojik değişikliklere neden olabilir. Düşük uyku süresiyle ilgili en yaygın bulgular obezite, kardiyovasküler hastalıklar, trafik kazaları ve ölümle ilişkilidir. Ayrıca sağlıklı yetişkinlerde kronik uyku yoksunluğunun azalmış glikoz toleransı, artan kan basıncı ve iltihabik rahatsızlıklarda artışa sebep olduğu görülmektedir.

Uyku, sadece kişinin günlük bir ihtiyacı değildir. Kişinin yaşam kalitesi ve sağlığını etki eden, psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönleri olan kavramlardır (Karakaş ve ark. 2017, s.17-26).

20. yüzyılın başlarında keşfedilmeye başlanan uyku, günümüzde hala gizemini koruyan belirsizliklerle dolu bir alandır. Hipokrat uyku mekanizmasını, beyinden

uzaklaşan kanın, vücudun iç organlarını sıcak tutması amacıyla bu bölgelerde toplanması şeklinde açıklamıştır. Aristo ise gün içerisinde alınan besinlerin vücutta ısıya dönüşerek uykuya neden olduğunu fikrini ortaya koymuştur. Maslow ise uykuyu, bireyin hayatını sürdürebilmesi için gerekli olan temel fizyolojik ihtiyaç olarak tanımlamıştır. Bir kişi yaşamının 3/1'ni uykuda geçirmektedir. Uyku normal, geçici bir süreç olur; bilincin, organik faaliyetlerinin, duyuşal işlevlerinin ve istemli kas hareketlerinin azalmasıyla karakterizedir. Uykuya postural uyusukluk, davranışsal sessizlik ve kapalı gözler eşlik eder. Tüm canlıların yaşamsal işlevlerini sürdürmeleri için uykuya ihtiyaçları vardır. Uyku, bellek işlevlerine, düzenleyici yürütücü birçok işleve, beslenme metabolizmasından, vücut ısı kontrolüne kadar birçok işlevi vardır. (Akıncı ve ark. 2016, s.56-62).

Kişi günün yorgunluğunu uykuyla atarken yeni güne dinlenmiş şekilde başlaması için, hücrelerin tamiri ve yenilenmesi için, hafıza fonksiyonlarının düzelmesi uyku sayesinde gerçekleşir. Uyku sadece bu fonksiyonların işlenmesi için genel olarak hayatta kalma fonksiyonları içinde oldukça gereklidir.

Uyku üç faktör arasındaki etkileşimle düzenlenir: homeostatik faktör (insan vücudunun temel ihtiyaçlarının oluşturduğu mekanizma), sirkadyen faktörü ve davranış ve alışkanlıklar (Bjorvatn ve ark. 2009, s.47-60). Homeostatik faktör uyanık bulunulan dönemde biriken uyku eğilimini gösterir, bundan dolayı ne kadar uzun süre uykusuz kalırsanız uykuya eğilim o kadar çok artacaktır. Sirkadyen ritim, 24 saatlik günün belirli zamanlarında uyumayı kolaylaştırır. Bu ikisine ek olarak alışkanlıklarımız ve davranışlarımız da uyku düzeni için önemli rol oynar.

Uykudaki, uyanıklıktan uykuya geçişte hafıza zayıflama durumu araştırmacıların oldukça dikkatini çeken bir konudur. Bir görüşe göre sanki uyku kısa dönem ve uzun dönem hafıza depoları arasındaki bağlantıyı zayıflatmaktadır. Yapılan bir deneyde bir ön uyku oturumunda deneklere 1dk. aralıklarla hoparlörden sözcük çiftleri sunulmuştur. Daha sonra denekler uykuya daldıktan 30 sn. ve 10 dk. sonra uyandırılıp uyumadan önce kendilerine sunulan sözcükleri tekrar etmeleri istenmiştir. 30 sn. koşulunda uyumadan önceki (10-4dk.) uzun dönem hafızadaki ve (3-0dk.) kısa dönem hafızadaki bütün her şeyi tekrarlamışlardır. 10dk. durumundaysa 10 dk. ile 4 dk. arası, 30 sn.'dekilere paraleldir, bu noktadan sonraysa uykunun başlangıcına kadar aniden düşme görülmektedir. Bu deneyin bir diğer sonucu da uykunun, kısa dönem hafıza

depolamadan uzun dönem hafıza depolama aktarımını devre dışı bırakmasıdır. Uyku 10dk. boyunca devam ederse uykunun birkaç dakika öncesinde dışsal uyaranların uzun süreli hafızaya aktarımının durduğu sonucu çıkarılabilir (Örneğim uykunun başlama zamanını hatırlayamamak, gece yarısı gelen telefonu unutmak, çalan alarmı unutmak gibi) (Carskadon ve ark. 2011, s.16-26).

1.2.1. Uyku Fizyolojisi

Kaslar (Elektromyogram), beyin dalgaları (Elektroensefalogram) ve göz hareketlerindeki (Elektrooculogram) elektrofizyolojik değişikliklerin kaydedilmesini içerir. Beyin aktivitesinin elektriksel desenlerini izleyen elektroensefalografi (EEG) kayıtların kullanılmasıyla uyku döngüleri ve aşamaları açığa çıkarılmıştır (Altevogt ve ark. 2006, s.1-4). Polisomnografi olarak bilinen tetkiklerden uykunun homojen bir süreç ve pasif bir inaktivite durumu olmadığı görülmektedir. Uykunun belli dönemlerinde beynin bazı bölgeleri en az uyanık olduğu kadar aktiftir . Tüm bu kayıtlar sonucunda iki tip uyku tanımlanmıştır: hızlı olmayan göz hareketleri uykusu – NREM (Non-Rapid Eye Movement) ve hızlı göz hareketleri uykusu – REM (Rapid Eye Movement).

1.2.2. Uykunun Evreleri

Uykuda birbirini takip eden iki farklı dönem vardır. Gözlerin kapanması ve uykuya tam olarak geçme arasındaki dönem uykunun latent dönemi olarak adlandırılır. Latent döneminden hemen sonra değişim dönemleri başlamaktadır. Yapılan çalışmalara göre uykunun iki evresi vardır.

Hızlı göz hareketli uyku evresidir (rapid eyemovement, REM). NREM (non-rapid eye movement) ise göz hareketlerinin olmadığı uyku evresidir.

1.2.2.1. NonREM Uyku

Dört evresi bulunan NonREM, yavaş dalga uykusudur ve rüyasız uyku olarak bilinmektedir. Hızlı göz hareketlerinin olmadığı, psikolojik ve fiziksel aktivitelerin azaldığı uykudur. NonREM’de yüzeysel ve derin uykudan bahsedilmektedir.

Uyku ve uyanıklık arası geçiş olarak bilinen yüzeysel uyku, göz ve kas hareketlerinin tamamen durduğu, uykunun derinleştiği ve uyanmanın zorlaştığı uyku ise derin uykudur. Sağlıklı bir kişi ilk 15-20 dakika uykuya geçmektedir. Daha sonra ise dört aşamalı NonREM evresine geçilmektedir. Tahmini 45 dakika ise REM evresine geçilmektedir.

1.Evre: Uykuya geçiş rolüne sahiptir. Göz hareketleri mevcuttur. Nabız hızı solunum ve metabolizma yavaşlar. Ortalama 1 ila 7 dakika sürerken tüm uykunun %2 -%5'ini meydana getirmektedir ve dışardan ufak bir etki ile kesilebilir.

2.Evre: Daha derin bir uyku evresidir. Gözler hareketsizdir. Kas tonusu azalmaya devam eder. Yaklaşık 10 ila 25 dakikalık bir sürede ardışık döngü ile uzar, sonuçta toplam uyku atağının %45-%55'ini oluşturur. Uyku 1. Evreye göre daha ağırdır, dış etkilere karşı daha dirençlidir.

3.Evre: Derin uykuya başlama evresidir. Bu evre yalnızca sadece birkaç dakika sürer. Uyanmak artık zordur. Nabız ve solunum hızı sistematik ve yavaştır. Bütün uykunun ortalama %3-%8'ini meydana getirmektedir.

4.Evre: Çok derin uyku evresidir artık kişiyi uyandırmak oldukça zordur. Bu evre yaklaşık 20-40 dakika sürer. Nabız ve solunum hızları, kan basıncı ve oksijen tüketimi normalin altına düşer. Tüm gece uykusunun % 10-%15'ini oluşturur (Akıncı ve ark. 2018, s.16)

1.2.2.2. REM Uykusu

Rem uykusu kendi içerisinde ayrı evrelere ayrılmaktadır. Bu evrede hızlı göz hareketleri vardır. Paradoksal veya hızlı uyku durumudur. Sinir sistemi tarafından kontrol edilmektedir. Rüyanın %80'nin bu evrede görülmektedir. REM'in ilk döngüsü 10 dakikadan daha kısadır ve diğer döngüler 15-40 dakika arasında sürer. REM uykusu gecede toplam 4 ila 6 kez görülür bu da bütün uykunun %20-25'ine denk gelmektedir (Şahin ve ark., 2013, s.93-95). REM uykusunun süresi yaşın artmasıyla azalmaktadır. Aktive olan sempatik sinir sisteminin dolaylı kalp hızı, kan basıncı ve solunum sayışı artmaktadır. REM uykusu genetik hafızanın programlanmasından sorumludur (Şahin ve ark., 2013, s.93-95).

Bu evrede yoğun asetilkolin salgılanmaktadır. Bu madde, özellikle hafıza işlevlerinde olmak üzere dikkat, konsantrasyon, bilginin kullanılması ile ilişkili sürelerin düzenlenmesinde önemlidir (Selvi, 2019, s. 21-22). Yeni bilgiler edindiğimizde REM uykusunda artış olur. REM uykusu bozulduğunda, öğrenme de bozulur. Yani REM' in gereksiz kayıtları sildiği, gerekli olanları düzenlediği ve bunun sonucunda bireyin ertesi güne duygusal ve bilişsel açıdan hazırlanmasına hizmet ettiği düşünülmektedir (Selvi, 2019, s.22). Uykunun başlangıç kısmında NonREM uykusu, ikinci bölümünde ise REM uykusu daha aktiftir.

Aktif uyku olarak bilinir. EEG kayıtlarına göre uyanıklık durumundaki kayıtlarla benzerlik göstermiştir. 4. Evre uykusuna eklenerek sürer. Tüm gecede uykuda toplam süresi 1,5-2 saattir. Rüya bu evrede görülür. REM uykusu ruhsal dinlenmeyi sağlar. (Şahin ve ark., 2013, s.93-95). REM periyodu sadece 1-5 dakika sürebilir. Normal bir gece uykusunda; uyku NREM ile başlar. REM uykusu ile devam eder. NREM, REM uykuları birbirini izler. REM gece boyunca 4-5 kez olur. Uyku gecenin başında derin olup, kademeli olarak hafifler.

1.2.3. Uykunun İşlevi

Sağlıklı kişi; biyopsikososyal bütünü yani biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel ihtiyaçları karşılanmış insandır (Üstün ve ark. 2007, s.31-35). İnsanlar, uyku ve dinlenme evrelerinde zihinsel ve fiziksel olarak dinlenir ve iyi hissederler ve dolaşım sistemi uykuda normale göre daha verimli çalışmaya başlar. Bazal metabolizmanın yavaşlamasına bağlı olarak kalp daha çok kanla dolar ve daha fazla kanı dolaşıma verir. Uyku esnasında doku yenilenmesi, deri onarımı, böbreklerden fosfat salgılanması, büyüme ve adrenal bezi hormonlarının salgılanması, yaraların kapanması ve vitamin kullanımı gerçekleşir. (Öztürk, 2007, s.114-121). Uyku; üretkenlik, verimlilik, dikkat, ruhsal denge, hafıza gibi bilişsel işlevleri etkilemekte, enerjinin korunmasına, beynin detoksifikasyonuna, fiziksel ve psikolojik onarıma, sosyal uyuma katkı sağlamaktadır. Bireyin yaşam kalitesini ve iyilik halini etkilemektedir.

1.2.4. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Uygunun kalitesi güne zinde başlamak anlamına gelmektedir (Üstün ve ark. 2007, s.31-35). Uyku kalitesi; yaşam şekli, çevresel faktörler, meslekleri, sosyal çevresi, sosyoekonomik durumu, genel iyilik hali gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir. Zihinsel faaliyetlerin önem taşıdığı işlerde çalışan kişilerde uyku kalitesi oldukça önemlidir çünkü kişilerin kaliteli uykuları ve dinlenmiş olmaları, iş ve akademik hayatlarında ki verimi artmasına yardımcı olur ayrıca dinlenmiş bir vücut ve zihin trafik kazası riskini artırır (Çoban ve ark. 2011, 59-63).

Uygunun kalitesini ve süresini bozan birçok çevresel, ruhsal ve fizyolojik neden vardır. Bunlardan bir kısmı şu şekildedir:

1.2.4.1. Yaş

Yaş değişkeni uyku fizyolojisinin en önemli değişkenidir. Doğduğumuz andan itibaren uykuya ihtiyaç duyarız ancak zaman ilerledikçe uykuya duyulan ihtiyaç değişmektedir. Uyku miktarı yaş ilerledikçe azalır (Kiper ve ark. 2008, s.33-39). Çocukluk çağında uyku ihtiyacı ortalama 7-8 saat iken yetişkinlerde bu ihtiyaç bireyden bireye farklılık göstermektedir. Günlük 3-4 saat uyku yeterli gelenler olduğu gibi 8 ila 9 saat uygunun yeterli gelmediği bireylerde bulunmaktadır. Yetişkin bir bireyde uykuya dalmak 10-30 dakika sürerken, yaşlılarda bu süre 60 dakikaya kadar daha uzayabilmektedir (Kiper ve ark. 2008, s.33-39). Yaşlılar ise daha az uyumak ancak daha fazla yatakta kalmak isterler, uykuları daha hafif olduğu için gece daha sık uyanırlar, sabah ise erken kalkarlar. Yaşlıların uyku ihtiyaçları ve düzenleri gençlere göre daha farklıdır (İnce, 2008, s.61-71).

1.2.4.2. Cinsiyet

Yapılan araştırmalara göre kadınların daha sık uyku bozukluğu yaşadığı ve erkeklere oranla kadınların uyku kalitelerinin daha kötü olduğuna rastlanmıştır. Aynı zamanda kadınların daha fazla uykuya ihtiyaç duydukları saptanmıştır. (Kiper ve ark. 2008, s.33-39).

1.2.4.3. Hastalıklar

Sağlıklı kişilere göre hasta kişiler, daha fazla uykuya ihtiyaç duyar. Ağrı uyku kalitesini ve süresini etkiler uykuya dalmakta zorluk yaratır ya da kişiyi hiç uyutmaz. Ağrıya neden olan hastalıklar, uyku kalitesi ve süresini etkilemektedir. Psikiyatrik hastalıklarda, uykuya dalma sıkıntısı ve uyku süresinin kısalması, gün içerisinde aşırı uykulu olmak gibi uyku problemleri olabildiği görülmektedir (Ruggiero, 2003, s.434-444).

1.2.4.4. Alkol, Sigara ve Diğer Uyarıcılar

Alkol uykuya hızlı bir geçiş sağlıyor gibi görünse de ilerleyen zamanda uyku bölünmelerine, uykuya geçiş evrelerinin uzamasına, NREM uykusunun IV. Evresinde ve REM uykusunda azalmaya neden olur (Kiper ve ark. 2008, s.33-39).

Uyarıcı bir madde olduğu için uykuya dalmayı zorlaştırmaktadır. Sigara içen bireylerde daha çok hafif uyuma ve uykuya dalma güçlüğü görülür. (Gözükırmızı vd., 1996). Kafein içeren çikolata, kakao, çay ve kahve gibi ürünler fazla kullanımı uyku başlangıcını zorlaştırır ve gece uyanmalara neden olabilir. uyarıcıların çok fazla tüketilmesi ve gece.

1.2.4.5. İlaç Kullanımı

İlaçların büyük çoğunluğu uyku kalitesi ve süresi üzerinde birçok olumsuz etkilemektedir. Uyku sorunları için verilen bazı ilaçlarda yarardan çok zarar verebilir. Antidepresan, amfetaminler, sedatifler ve hipnotikler, REM uykusunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. (Öztürk, 2007, s.114-121)

1.2.4.6. Yaşam Biçimi

Kişinin uyku düzeni ve yaşam kalitesi arasında doğrudan bir ilişki vardır. Kişinin yaşam biçimi, mesleği de uyku düzenini etkilemektedir. Örneğin; sürekli gece çalışan kişilerin, vücut biyolojik saatlerinde kayma olur ve uyku kalitesini olumsuz etkiler. Yapılan araştırmalara göre; vardiyalı çalışma düzeninin kötü uyku kalitesi ve sağlık sorunlarıyla bağlantısı vardır. (Akerstedt, 2003, s.89-94).

1.2.4.7. Egzersiz ve Yorgunluk

Kişinin günlük yaşantısı içerisinde yapmış olduğu fiziksel egzersiz, yorulmasına, çoğu zaman uykuya hızlı şekilde geçmesini sağlamaktadır. Bu yüzden düzenli egzersiz kaliteli ve düzenli uyku için uygun bir yöntemdir. Egzersizlerin düzensiz yapılması ise uyku bozukluklarına neden olur. Ancak öğleden sonra ve akşamüzeri yapılan egzersizlerin uykuya daha hızlı geçilmesine neden olur. Egzersiz, serotonin salgılanmasına, dinlenmenin derinleşmesine ve delta uykusunun düzene girmesini sağlar. Yorgunluk, uyku evrelerinde değişikliğe neden olarak uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Birey dinlendikçe bu etki azalır (Kiper ve ark. 2008, s.33-39). Hafif bir yorgunluk uykuya dalmayı kolaylaştırırken, fazla yorgunluk bu süreci zorlaştırır.

1.2.4.8. Anksiyete ve Stres

Uyku kalitesini etkileyen faktörler arasında en sık rastlanan anksiyete ve streştir. Günlük hayattaki anksiyete, stres ve diğer duygusal durumlar uykunun düzen ve kalitesini olumsuz yönde etkiler. Stres içinde olan birey, uykuyu sağlamakta güçlük çeker ve REM uykusunun miktarı azaltmaktadır. Korku, üzüntü, yas, kuşku veya sevinç kişinin gevşemesi ve uykuya dalmasını zorlaştırır. Hayatlarından memnun olmayan, kaygılı ve mutsuz bireylerde ne kadar uyurlarsa uysunlar hep bir uykusuzluk hali, uykuya doyumusuzluk ve huzursuzluk görülür.

1.2.4.9. Diyet

Kişinin gün içerisinde tükettiği bazı yiyecek ve içecekler uyku kalitesine etki eder. Çikolata, çay, kola, kahve ve aşırı ve ağır yemekler uyku kalitesini bozar. Oswald'ın yaptığı araştırmaya göre uykudan önce tüketilen protein miktarı yüksek içeren süt, peynir, yoğurt, et, yumurta gibi besinlerdeki triptofa maddesi uykuya geçişi kolay hale getirmektedir (Ardıç, 2001, s.91-98). Kişinin kilo alması ise geç saatlere kadar uyumaya neden olurken kilo kaybetmesi gece sık uyanmaya ve sabahın erken saatlerinde kalkmaya neden olur yani uyku süresini kısaltır. (Lafçı, 2009, s.8-13).

1.2.4.10. Çevresel Faktörler

Çevresel faktörler bazen uykuya hem destekleyici hem de engelleyici bir faktör olabilmektedir. Gürültü, ışık, ses, soğuk, sıcak uykuya geçmeyi zorlaştırır ve uyku kalitesini olumsuz etkiler. Bu olumsuz etkenlere rağmen kişinin uyuması, uykunun süresini kısaltır ve yüzeysel olmasına neden olabilmektedir (Kiper ve ark. 2008, s.33-39).

1.2.5. Sirkadyen Ritim

Sirkadyen ritim, canlıların hayatlarını devam ettirebilmeleri için gerekli olan biyolojik bir saat olarak canlının yaşantısını kontrol eden bir mekanizmadır. Biyolojik saat, çevre ile uyum içerisinde yaşayabilmek için bir sürü bedensel belirtiyi başlatan bir çalar saat gibidir.

Sirkadyen ritim, canlının bir gün boyunca gerçekleştirdiği psikolojik ve davranışsal döngüleri hatta uyku ve uyanıklık döngüsünü kapsamaktadır. Yapılan araştırmalar sirkadyen ritim açısından vücudumuzun bir şekilde döngüsünü gerçekleştirmek için bir iç ayarı olduğunu ve bu ayarın dış etkenlerden etkilendiğini göstermektedir. Bunun en belirgin örneği ışıktır ve her sabah bu döngü sıfırlanmaktadır.

1.2.5.1. Sirkadyen Ritim ve Uyku

Uyku ve uyanıklık döngüsü, insanlarda incelenmesi gereken ilk ritimlerden biridir. Tüm gün boyunca gün işe sekronize şekilde uykunun zamanlanması aydınlık ve karanlık döngüsü ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Karanlıkla birlikte vücut ısısı düşen insanlar uyumak ister, gündüz ise güneşin doğmasıyla artan vücut ısısı kişinin uyanma saatini takip eder.

Uyku ve uyanıklık döngüsü günlük yaşantı içinde insanlarda en dikkat çeken sirkadyen ritim örneğidir. Uykunun fonksiyonu ve nasıl düzenlendiği hala tam olarak anlaşılmamış olsa da, uyku temel bir ihtiyaçtır. Sirkadyen ritim yalnızca, vücut ısısı, hormon seviyeleri gibi fizyolojik değişkenler değildir. Psikolojik ve zihinsel birçok fonksiyon bu değişkenlerdendir.

Çalışmalar sirkadyen ritim düzenleyicisinin uykunun zamanlamasını ve kalitesini anlamlı şekilde etkilediğini göstermiştir. Bu nedenle uyku periyotları kolaylıkla değiştirilemez, ertelenemez. Veriler, sirkadyen ritmin yaşlanma ve bazı uyku bozukluklarında değişmiş olduğunu göstermektedir.

1.3. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Tarihçesi

Yaşam kalitesi “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” tanımı ile ortaçağ ve öncesinde çalışmaları yapılmaya başlanmıştır. Günümüzde hala yaşam kalitesi, toplumsal ve bireysel olarak incelenen bir konudur. İlk dönemlerde insanlar için yaşam kalitesi, mükemmeliyet duygusu ve en üst düzeyde güzelliklere sahip olma olarak kabul edilmiştir. Ancak o dönemlerde felsefi bir konu olarak görülmüş ve uzun zamanlar tartışılmıştır. 20. Yüzyılda yaşam kalitesine baktığımızda ise sosyoloji, ekonomi, psikoloji ve sağlık gibi birçok ayrı bilim dalında araştırmalara konu olmuştur. 1970’li yıllardan itibaren ise Tıp alanında sık kullanılmaya başlanmıştır. Tedavi süreçleri, tedaviye karar verme, yapılan klinik çalışmalarda uygulanan müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır.

Son zamanlarda daha çok ekonomik verilerin değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanan yaşam kalitesi kavramı 1970’li yıllardan itibaren Tıp biliminde de sık olarak kullanılmaya başlanmış ve özellikle son yıllarda tedaviye karar verme ve klinik çalışmalarda müdahalelerin etkinliğinin değerlendirmesi öngörülmüştür (Fidaner ve ark, 1999)

Günümüzde yaşam kalitesinin net bir tanımı yoktur. Yaşam kalitesi kavramı, bireyin geçmişteki yaşam tarzı, gelenekleri, yaşadığı sosyal çevre, maddi durumu, eğitim seviyesi, sosyal olanakları ve psikolojik faktörler gibi çok sayıda kavramdan etkilenebilir olması nedeniyle dinamik özelliklere sahip bir kavramdır (Fidaner ve ark,1999, s.38-47). Bu nedenle yaşam kalitesi, kişiye göre değişebilen bir kavramdır. Yaşam kalitesi, kişinin yaşamında doyum alması ve genel mutluluğu diyebiliriz. Özetlemek gerekirse yaşam kalitesi, genel iyilik halinin yanında kişinin hissettiği özel duygular olarak tanımlanabilir (Telatar, ve ark. 2004, s.162-165).

Dünya Sağlık Örgütü’nün yaşam kalitesi tanımına göre, “içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi barlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından

bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması” adlandırılmaktadır (Telatar, ve ark. 2004, s.162-165).

Bu tanımlamaların dışında bazı bilim adamları yaşam kalitesi kavramını farklı olarak tanımlamaya çalışmışlardır. Gotay ve arkadaşları yaşam kalitesini hastalığın kontrolü ve hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal iyi olma gibi fonksiyonlarının yansıtıldığı günlük yaşam aktivitelerini yapabilme yeteneği şeklinde 2 komponentten oluşan iyi olma hali olarak tanımlamaktadır (Gotay, 1992, s.575-578). Bir diğer tanıma göre ise yaşam kalitesi hastanın yaşamdan beklentileri ve başarabildikleri arasındaki farktır. Bu fark ne kadar küçük ise yaşam kalitesi o kadar fazladır (Camlan,1984, s.124-127). Bir diğer yaklaşımla yaşam kalitesi hastalığın tedavisi ile fonksiyonel etkilerini yansıtan durumdur (Schipper, 1988, s.121-123)

Schumacher ise yaşam kalitesini bireyin hissettiği genel iyi olma hali ve yaşamdaki genel tatmin ve hoşnutluğu olarak tanımlamaktadır Ayrıca bireyin yaşamındaki amaçları, beklentileri ve endişelerini içeren bir değerler sistemi ve kültür içeriği sonucu olarak yaşamdaki pozisyonu olarak da tanımlanabilir (WHOQOL Group, 1993).

1.3.1. Yaşam Kalitesinin Boyutları

Yaşam kalitesi göstergeleri objektif ve subjektif boyutlar olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

1.3.1.1. Yaşam Kalitesinin Objektif Boyutları

Objektif boyutları, hastalık semptomları, fiziksel iyilik hali, fonksiyonel yetersizlik, fiziksel aktiviteleri yapamama ya da yapmada zorlanma, çalışma durumu ve sağlık ilgili durumları içermektedir. Yürüme, eğilme, doğrulma, koşma, merdiven çıkma, gibi güç gerektirecek fiziksel aktiviteleri yapmakta zorlanma ya da hiç yapamamaktadırlar (Bengi, 2004, s.77-85).

1.3.1.2. Yaşam Kalitesinin Subjektif Boyutları

Subjektif göstergeleri dört temel alanda inceleyebiliriz. Bunlar;

1.3.1.2.1. Psikolojik Esenlik

Ruh ve akıl sağlığı, yaşamdan zevk alma, beden imgesi, kayđı, irade, sosyal çekilme, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işe başlama ve bitirme, yararlılık, mutluluk, gibi duygusal tepkiler psikolojik esenliğin içerisinde yer alır.

1.3.1.2.2. Fiziksel Esenlik

Sağlık-hastalık algılanması, fiziksel hareketi, yaşamsal aktiviteleri, yeme isteği, uyku ihtiyacı, cinsellik, din oluş, yorgunluk, fonksiyonel yeterlilik, ağrı, değişim ve tedavi ile ilgili durumlardır.

1.3.1.2.3. Sosyal ve Bireysel Esenlik

Bireyin ebeveynleri, eğer varsa eşi ve çocukları, yakın arkadaşları ile ilişkileri, katıldıkları sosyal etkinlikleri, sosyal destek, mahremiyet, sosyal çevresinde benimsenmesi, yakın evre ile ilişkileri, çeşitli etkinliklere dâhil olma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama şekli, çalışma durumu bu alanda değerlendirilir.

1.3.1.2.4. Parasal/Maddi Esenlik

Gelecekle ilgili güven duymak, barınma ihtiyacı, sağlık sigortası, iş güvencesi bu başlık altında değerlendirilir (Bengi, 2012; Karahan, 2016).

1.3.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirildiği Alanlar

Dünya Sağlık rgt, bireylerin yaşam kalitesini ve kültürel yaşantı alanlarını birbirleriyle ilgilidir. Bu ilişki içinde kişinin yaşamı algıladığı da vardır. Dünya sağlık örgütünün yaşam kalitesi içeriğine bakıldığında fiziksel sağlık kategorisinde, rahatsızlık, halsizlik, yorgunluk, uykulu olma durumu, dinlenmek gibi bireyin, günlük yaşantısını etkileyen fiziksel sorunlardan bahsedilmiştir. Psikolojik durum ise bedensel imajı, pozitif-negatif düşünceler, hafıza, yoğunlaşma ve bireysel güven unsurları kişinin yaşam kalitesini etkilediğine değinilmiştir. Bağımsızlık, bireylerin tek başlarına iş yapabilme, hareketli oluşu, çalışma kapasitesi, ilaç veya tedaviye uyumu önemsenmektedir. Sosyal yaşantılar ise bireysel ilişkiler, sosyal aktivite ve seksüel

ilişkileri içermektedir. Ev yaşantısı, güvenlik ihtiyacı, maddi ihtiyaçlar ve fiziksel çevre kalitesi, bilgi edinme ve ulaşabilme kapasitesi, sağlık imkanlarının ulaşılabilirliğini kapsamaktadır. İnanç ve ideolojisini özgürce yaşaması kişinin yaşam kalitesini etkilemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, fizyolojik sağlık, psikolojik sağlığı, bağımsızlığı, sosyal yaşantısı, çevresel özellikleri ve maneviyatı içeren 6 alt alanı bulunmaktadır.

1.3.2.1. Fiziksel Sağlık

Ağrı, rahatsızlık hissi, enerji, halsizlik, yorgun olma durumu, uyuma, dinlenme şeklindedir. Çalışan/ çalışmayan kadınların fiziksel sağlıklarını koruyabilmeleri oldukça zordur.

1.3.2.2. Psikolojik Durum

Pozitif düşünceler, düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon, kendine güven, beden imajı ve dış görünüş, negatif düşünceleri ifade etmektedir.

1.3.2.3. Bağımsızlık Düzeyi

Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme, hareket kabiliyeti, ilaç ve tedavi uyumu, çalışma kapasitesini ifade eder.

1.3.2.4. Sosyal İlişkiler

Sosyal destek alabilme, bireysel ilişkiler, seksüel aktivite bu başlığın içeriğini doldurmaktadır.

1.3.2.5. Çevresel Özellikler

Güvenlik, maddi kaynaklar, sağlık, ev yaşantısı olanakları, sosyal bakıma ulaşılabilir olmak, yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı, hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim koşullarını ifade eder.

1.3.2.6. Maneviyat ile İlgili Özellikler

Kişisel inançlardır (ruhsal ve dinsel). Kendilerini rahatlatmak için bir şekilde manevi desteğe ihtiyaç duymaktadır.

1.3.3. Yaşam Kalitesinin Kriterleri

Hareketli yaşam, beslenme, düzenli yaşam ve uyku, stresle başa çıkabilme, iş ortamı, zaman yönetimi gibi kriterler yaşam kalitesini artırmaktadır. (Sağlıklı Yaşam Önerileri 2006, s.89-96).

1.3.3.1. Hareketli Yaşam

Kişinin yaşamının hareketli olması ve düzenli spor yaşam kalitesinin en önemli kriterlerinden biridir. Düzenli sporun ve hareketinin kişinin hayatını disipline etmesi dışında yaşam enerjisini de olumlu şekilde etkilemektedir. Aynı zaman da hareketli yaşam ve sporun kişiyi sağlık problemlerinden koruyarak vücudu güçlendirmektedir. (Sağlıklı Yaşam Önerileri, 2006, s.89-96)

1.3.3.2. Beslenme

Beslenme, beden ve ruh sağlığını etkileyen çevresel bir faktördür. Bol su içmek, yeterli ve dengeli beslenmek, sağlıksız yiyeceklerden uzak durmak ve belli başlı besin kurallarına uyumak kişinin yaşam kalitesi için oldukça önemlidir. (Sağlıklı Yaşam Önerileri, 2006, s.89-96).

1.3.3.3. Düzenli Yaşam ve Uyku

Bireyin düzenli yaşamı, uykusu kişinin sağlığını doğrudan etkileyen faktörlerdir. Çünkü uyku ve ruh sağlığı birbiriyle ilişki halindedir. Düzenli yaşam ve uyku kişinin yaşam kalitesini artıracaktır. (Sağlıklı Yaşam Önerileri, 2006, s.89-96)

1.3.3.4. Günlük Yaşamda Streslerle Başa Çıkma

Stresi sadece zararlı görmek oldukça yanlıştır. Belli düzeydeki stres kişinin hayatını sürdürebilmesi, planlayabilmesine yardımcı olur. Yaşam kalitesini arttırmak

için zamanı iyi değerlendirmek ve stresi minimum seviyeye düşürmek gerekmektedir (Sağlıklı Yaşam Önerileri,2006, s.89-96).

1.3.3.5. Çalışma Ortamı

Çalışma ortamı kişinin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan bir alandır. Kişiler günlerinin büyük bir bölümünü burada geçirdikleri için yaşam kalitesini ve sağlığını doğrudan etkilemektedir. Çalışma Ortamında kişileri etkileyen faktörler; çalışma saatleri, ücret gibi konuları, fiziksel çevre, iş sağlığı ve güvenliği, kapsamaktadır (Sağlıklı Yaşam Önerileri, 2006, s.89-96).

1.3.3.6. Zaman Yönetimi

Zaman yönetimi, zamanı doğru değerlendirmek daha bireyin yaşamını iyi şekilde etkilemektedir. Kaliteli ve verimli bir zaman kullanımı yaşam kalitesini artırmaktadır. Zaman yönetimi kişinin stresini azaltacak ve yaşantılarından daha olumlu sonuçlar almasına faydalı olacaktır. (Sağlıklı Yaşam Önerileri, 2006 s.89-96).

1.3.4. Yaşam Kalitesinin Etkileyen Durumlar

Bireyde yaşam kalitesini arttıran durumlar; (Perim, 2007, s.10-13)

1. Maddi/manevi anlamda güvende hissetme ihtiyacı
2. Güvenlik ihtiyacı
3. Rahatlık ve beklenen konfora sahip olma isteği
4. Anlamlı ve aktif yaşam
5. Çevre ile olumlu ilişkiler
6. Eğlence ve zevk veren aktiviteler
7. Değer görme isteği
8. Kendini doğru şekilde ifade edebilme
9. İşlevselliği
10. Özgün bir birey olarak algılanma
11. Huzurlu olma, inanç ve değerlerine saygı duyulması

1.3.4.1. Bireyde yaşam kalitesinin azaltan durumlar;

1. Temel ihtiyaçların karşılanmaması
2. Beden imgesi değişikliği
3. Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
4. Kronik yorgunluk
5. Seksüel işlevlerde bozulma
6. Gelecek ile ilgili kaygı
7. Destek sistemlerinin yetersizliği
8. Akut sağlık sorunları
9. Kronik sağlık sorunları

1.3.5. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Yaşam kalitesini değerlendirme imkanı tanıyan ölçme araçları, bireyin yaşamı ve kişisel sağlığı ile ilgili bir değerlendirme yaparken aynı zamanda eğer varsa hastalığın neden ve sonuçlarının değerlendirilmesine ve etkilerini yorumlanması hakkında da bilgi içermelidir. bireyin iç dünyasının daha iyi anlaşılmasını sağlaması bakımından öznel olan bu ölçme araçları yaşam kalitesi hakkında bilgi verdiği gibi hasta-hekim ilişkisindeki eksiklerin tespit edilmesinde, tedavi seçimi ve yöntemlerinin karşılaştırılarak değerlendirilmesini ve böylelikle sağlık hizmetlerinin de gelişmesine katkıda bulunmaktadır. (WHO, 1995).

Bireyin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Yaşam kalitesini değerlendirme araçlarında psikolojik anlamda olumlu/olumsuz düşünceler, zihinsel yeti, kendilik saygısı ve beden imgesi gibi kavramlar; genel sağlık alanında bireyin gündelik aktiviteleri, işiyle ilgili sorumlulukları, sosyal etkinlik becerileri ve tıbbi tedaviye başvurma sıklığı değerlendirilebilmektedir (Beşiroğlu ve ark. 2006, s.5-13).

Yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilen araçların amacı yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi, yaşam kalitesine etki eden olumlu ve olumsuz faktörlerin tespit edilmesi ve yapılan tedavi ve eğitim gibi müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesidir. Günümüzde yaşam kalitesini ölçmek amacıyla yaygın olarak uygulanabilecek ölçekler;

- a) Kısa form 36
- b) WHOQOL (Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği)
- c) Hastalık etki profili ölçeği
- d) Nottingham sağlık profili ölçeği
- e) KATZ günlük yaşam kalitesi ölçeği
- f) Sağlık değerlendirme ölçeği
- g) EuroQol

1.3.6. Yaşam Kalitesi Üzerine Yapılan Araştırmalar

Bu konuyla ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Adana’ da lise öğrencilerinin yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmada Sarı, Ötünç ve Erceylan (2007) yaşam kalitesinin sosyoekonomik seviyesi yüksek olan öğrencilerde daha yüksek olduğunu, cinsiyet arasında ise bir farklılık olmadığını görmüşlerdir. Ayrıca araştırmacılar öğrencinin yaşının artmasıyla yaşamı daha kaliteli algıladıkları fakat okul yaşamı kalitelerini orta düzeyde algılamaya devam ettikleri görülmüştür.

Özgür, Gümüş ve Durdu (2010) üniversite öğrencileriyle yaşam doyumu üzerine yapılan bir çalışmada, fiziksel ve ruhsal sağlığı, sosyal ilişkilerini, maddi imkanları ve yaşam kalite düzeyini “kötü” olarak değerlendiren, ev ya da yurt yaşantısından memnun olmayan öğrencilerin yaşam doyumunu düşük algıladıkları görülmüştür.

Aydemir ve arkadaşları (2009) yaşam kalitesini majör depresif bozuklukla ele almışlardır. Hastaların depresif dönem tiplerine göre yaşam kalitelerini ele aldıklarında, yineleyici tipte majör depresif bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesi tek dönem depresyon yaşayanlara nazaran daha düşük olduğu görülmüştür.

Postpartum depresyon sıklığı üzerine yapılan bir çalışmada Durukan ve arkadaşları (2011) postpartum depresyonun yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır. Elde edilen verilere göre postpartum depresyonun yaygınlığının oldukça fazla olduğuna rastlanmış ve anneliğin yaşam kalitesini düşürdüğü rastlanmıştır.

Yaşlanma ve depresyon ilişkisi üzerine Akyol ve arkadaşlarının (2010) yapmış yaptıkları çalışmada, yaşlılığın hastalıkları artırması ve düşük eğitim düzeylerinin yaşam kalitesini azalttığı, depresyonu artırdığı görülmüştür. Ayrıca depresyonun ve ağrının şiddetli olması yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yapılan bir başka

çalışmada ise Zincir, Taşçı, Erten ve Başer (2008) huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artması ile depresyonun azaldığını bulunmuştur. Başka bir deyişle yaşam kalitesi ve depresyon arasında negatif bir korelasyon olduğudur. Şahin ve Emiroğlu'nun (2013) yapmış olduğu çalışmada, yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve demografik değişkenleri ve huzurevi yaşantısına dair özellikler bakımından değerlendirmişlerdir. Ankara'da bir huzurevindekiler ile yapılan çalışmada, yaşları arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğünü gözlemlemişlerdir ayrıca kadınların yaşam kalitesi daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Maddi olarak geliri fazla olan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksek çıkmıştır.

Ayrıca çocuk sahibi olma veya olmama arasında yaşam kalitesi bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Huzurevinde daha fazla aktivite ile vakit geçiren yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca huzurevi çalışanlarıyla ve diğer huzurevi sakinleriyle daha iyi ilişkisi olan yaşlıların yaşam kalitesi puanlarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur.

1.4. Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluğu (YB) yüzyıllardır farklı şekillerde kendini göstermesine rağmen 1950'lerden bugüne ciddi boyutta artmıştır. Bugün ise bu bozukluk çağımızın en büyük problemlerinden biridir. Kendini ciddi klinik sendromlar olarak gösterebildiği gibi ölüm ile sonuçlanabilmektedir. Yaygınlığının bu denli artması birçok nedene bağlı olabilir. Değerlendirme ve tanı koyma araçlarındaki gelişmeler, toplumun bu bozuklukla ilgili farkındalığı, tedavi alternatifleri, günümüzde kadınların kendileri ve toplum tarafından ince ve zayıf beden olması konusunda yapılan psikolojik baskıların artması bu nedenlerden bazılarıdır.

1.4.1. Etiyoloji

Yeme bozukluğunun etiolojisinde birçok faktör bulunmaktadır. Genetik yatkınlık, mizaç, biyolojik yapı, travma, başa çıkma becerisi, aile yapısı, sosyokültürel etkenler etkileyebildiği gibi aile ortamının özellikleri, bireysel otonomide yaşanan güçlükler, beden memnuniyetsizliği ve benlik saygısında ki düşüklük gibi etkenlerde yeme bozukluğunda önemli rol oynamaktadır.

1.4.1.1. Genetik Yatkınlık

Genetik yatkınlıkla ilgili yapılan araştırmalarda aileler ve ikizler arasında genetik aktarımın olabileceğine ilişkin kanıtlara rastlanmıştır. Aile ve ikiz çocuklar üzerinde çalışmalarda yeme bozukluğunun aileden aktarılabilceğini gösterilmiştir. Burada grlen hastalıklar açısında incelendiğinde ise genetik faktörlerin kısıtlayıcı tip anoreksiya nervozanın obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve madde kullanımına bağlı bulimia nervoza durumlarında olabilmektedir (Kuruoğlu, 2000, s.32-36). Genetik etkenlerin bulimia nervoza üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Ortaya çıkan sonuçlara göre; bulimia nervoza tek yumurta ikizleri arasında %22,9 oranında görüldüğü, çift yumurta ikizleri arasında bulimia grlme sıklığı ise %8,7 olduğu bulunmuştur. Bu araştırmayla birlikte her 25/1 ‘nin hayatlarının bir döneminde bulimia ve bulimik semptomları yaşadığı ve genetik etkenlerin bunları güçlü bir oranda belirlediği sonucu çıkmıştır (Kendler ve ark. 1991, 1203–1213).

Yapılan diğer bir araştırmada ise anoreksiya nervoza ve bulimia oranlarını belirlemek amacıyla hastaların birincil dereceden tanı almış yakınları ve sağlıklı olan akrabaları araştırılmıştır. Sonuçlara göre, sağlıklı olan akraba grubunda anoreksiya nervoza oranları nadir olarak görülmüştür. Ancak akrabaları daha önceden tanı almış kadın grupta anoreksiya nervoza riski 11,3 ve 12,3 oranında olmuştur. Kontrol grubunda bulimia nervoza oranı anoreksiya nervoza oranına göre daha fazla görülmüştür. Akrabaları daha önce tanı almış grupta bulimia nervoza grlme oranı ise 4,2 ve 4,4 oranında olmuştur. Bulgulardan elde edilen bilgiler anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın aileden gelen rahatsızlıklar olduğu hipotezini kanıtlar niteliktedir (Strober ve diğer., 2000). Yeme bozukluklarında kişinin atalarından kalıtımla aktarılan genetik etkenlerin ve aile ortamı, yetiştiği evre gibi çevresel etkenlerin bazen ayırt edilmesi zordur. Örneğin kişinin ailesinin yeme alışkanlığı, çocuğunda ilerde aynı yeme alışkanlığını sürdürmesine neden olmaktadır. Çalışmaların da gösterdiği gibi genetik faktörlerin yeme bozuklukları üzerinde çok büyük bir etkisi bulunmaktadır.

1.4.1.2. Mizaç

Mizaç kişinin doğuştan gelen içsel eğilimleridir. Kişinin, duygusal dengesizliği veya aşırı duyarlı oluşu, obsesif düşünceleri, mükemmeliyetçi yaklaşımı, ödül ve cezaya yaklaşımı, acıdan kaçma isteği, bu durumlar özellikle bulimiadaki dürtüsel

davranışlar ile anoreksiyada ki aşırı ısrar yeme bozukluğu yaşayan kişilerdeki ortak mizaç özelliklerindedir. Ortak yaşanan birçok özelliğin bir kişi de olmaması onun yeme bozukluğu yaşamadığı anlamına gelmez.

1.4.1.3. Biyolojik Yapı

Sağlıklı bireylerde bile görülen, yemekle ilgili obsesif davranış, depresyonu, anksiyeteyi ve nörotizmi tetikleyen yarı açlık hali, açlık döngüsünün sürmesine ve böylelikle yeme bozukluğunun gelişmesine temel oluşturduğu görülmüştür. (Keys ve ark. 1950, s.236). Yapılan beyin görüntüleme ile ilgili çalışmalarda ise yeme bozukluğu olan kimselerin yeme bozukluğuna yol açan beyin döngüsünün değiştiğini göstermektedir (Kaye ve ark.2008, s.121-135). Biyolojik çalışmalarda anterior insulada, striatal alanda ve anterior ventral striatal yolundaki farklılıklar ve serotonin yoluyla ilgili problemler tespit edilmiştir (Kaye ve ark.2008, s.121-135). Bu farklılıklar anoreksiya nervosa geliştiren insanların nasıl olup yeme isteklerini durdurduğu, tıkanırcasına yeme bozukluğu olan insanların açken aşırı yemek yemeye neden bu kadar güçsüz olduklarını ve bulimia nervosa geliştiren insanların dürtülerine nasıl olup da yenik düştüğünü açıklanmasına yardımcı olabilirler.

1.4.1.4. Travma

Kişinin maruz kaldığı travmatik durumlar bazen yeme bozukluğunun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Travma mağduru kişi, yoğun suçluluk ve utanç duygusu ile birlikte bedensel memnuniyetsizlik, ve kontrolü kaybetme duygusu ile kontrolü yeniden kazanma ve dayanılmaz duygular ile baş etme arzusu ile yeme bozukluğu ortaya çıkmaya başlar. Kişinin bozulmuş yeme davranışı, kendini cezalandırma ya da yanlış yönlendirilmiş cezalandırma ifadesi olarak ortaya çıkabilir. Travma ve yeme bozukluğunun birlikte görüldüğü durumlarda, yeme bozukluğunun nedenini travma ile başa çıkma isteği olarak yorumlayabiliriz.

1.4.1.5. Başa Çıkma Becerisi

Yeme bozukluğu yaşayan kişiler genellikle olumsuz yaşantıları tolere etme konusunda yetersiz olabilmektedirler. Yeme davranışında sınırlama yada tıkanırcasına yeme, kusma, aşırı egzersiz gibi davranışların nedeni, kişinin düşük benlik saygısı, kaygı depresyon stres ya da travma gibi duygusal zorlantıya tepki olarak yeme bozukluğunu geliştirebilir. Yeme bozukluğu davranışlarıyla kişi anlık bir rahatlama yaşayabilir ancak bu durum kişiye hem fiziksel hem de psikolojik olarak zarar vermektedir. Bu davranışlar beraberinde duygusal olarak düzensizliğe ve uyuşukların başlamasına neden olarak kişiyi hayati olarak riskli bir sürece sokmaktadır.

1.4.1.6. Aile Yapısı

Aile yapısını kişinin yeme tutumunu doğrudan etkilemektedir. Yeme tutumları ve aile yapısı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada yeme tutum testi puan ortalamaları yüksek çıkan öğrencilerin %38,9'u annelerinin aşırı koruyucu olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda yeme tutum testi puan ortalamaları yüksek olan öğrencilerin %50,0'ı babalarını da aşırı koruyucu olarak tanımlamıştır. Aynı çalışmada travma öyküsüne sahip olan katılımcıların yeme tutum testi puan ortalamaları travma öyküsü olmayana kıyasla oldukça yüksek çıkmıştır.

Yapılan farmoterapi ve psikodrama teknikleriyle yapılan bir tedavide anorektik hastanın, fiziksel güzelliğe aşırı önem vermesinin nedeninin anne ile kurulamamış bağlanma ilişkisinin olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu tedavi programı hasta ile kurulan bağı kuvvetlendirmiş aynı zamanda hastanın iç gözü kazanmasını sağlamıştır. Hasta ile kurulan güçlü bağ, tedavide iş birliği yapılmasını kolaylaştırmıştır. Olumsuz aile yaşantısı yeme bozukluğunu etkilemektedir. Genellikle depresyon, anksiyete, alkol bağımlılığı yeme bozukluğu hastalarında sıklıkla karşılaşılan hastalıklardır.

1.4.1.7. Sosyokültürel Etkenler

“Zayıf kadın, güzel kadındır algısı” yeme bozukluğunun artmasına neden olan etkenlerden birisidir. Kilolu kadın bakımsızdır, kontrolsüzdür, güçsüz ve zayıf karakterlidir algısı fiziksel görüntünün önemini ortaya çıkararak insanları bahsedilen

kilolarda olmaya zorlamaktadır. Medyanın daha zayıf ve güzel kadınlara daha çok yer vermesi günümüz genç ve yetişkinlerin bu algıyı kazanmalarına destek vermektedir.

Hastayı, bulunduğu kültürün yeme tutumları ve alışkanlıkları, ideal vücut kavramına yüklediği anlama göre de değişmektedir. Tutumları, yeme alışkanlıkları ve ideal vücut kavramına verdiği anlam anoreksiyanın o toplumlarda görülme olasılığını etkilemektedir. Bulimia nervoza'da aynı şekilde gelişmiş milletlerde görülmektedir. İki bozukluk için de görülme sıklığı kadınlarda daha fazladır.

1.4.2. Dsm5 Yeme Bozuklukları

DSM-IV' de yeme bozuklukları Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervosa olmak üzere 2 özgül tür bulunur. Özgül tür ölçütlerini karşılamayan bu türe ise Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu denilmektedir.

Anormal yeme alışkanlıklarıyla sağlık kurumlarına başvuran kişilerin yaklaşık %25'ine Başka Türde Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu ölçütlerini karşıladığı, bilinse de aynı kategoride yer alan Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu dışında diğer türlerle ilgili çok fazla araştırma yapılmamıştır.

1.4.2.1. Gece Yeme Sendromu

Gece Yeme Sendromu, Başka Türde Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu bu kategoride yer alan altı yeme bozukluğundan birisidir. Açlık ve uyanıklıkla ilgili olan biyolojik bir dürtüdür. Açlık ve uyku arasındaki ilişki ise, homeostatik ve sirkadiyen ritimlerin kontrolü ile düzenlenir. İnsanlarda yeme ve uykunun sirkadiyen ritimleri, genellikle birbirleriyle senkronizedir. Bu nedenle enerji homeostazı; geceleri yemek yenmemesine rağmen, glukoz ayarlanması ve iştah düzenlenmesindeki değişikliklerle devam ettirilebilmektedir (Orhan ve ark, 2009, s.132-154). Gece yeme sendromu ile birlikte kişinin yeme ve uyku ritimleri bozulmuştur. Kişinin enerji alımının sekteye uğramasıyla, sabah yeme düzeni bastırılırken, akşam ve gece yeme isteği artar. Bu durum yeme ve uyku ritmi arasında 2-6 saatlik bir gecikmeye neden olmaktadır. Yeme düzeni bozulurken, uyku döngüsünün bozulmadığı gözlemlenmiştir. (Howell ve ark. 2009, 23-34)

Gece yeme sendromu 1955 yılında ilk defa, aşırı kilo alımı ve obezite riskinin artmasından dolayı Stunkard ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma ile tanımlanmıştır. Gece Yeme Sendromu, sabahları anoreksi, akşamları hiperfaji ve insomniyanın bir arada bulunduğu bir sendromdur. Stunkard ve arkadaşları bu tanım içerisinde gece yeme sendromunu stresli yaşam ve kilo alımı dönemleriyle ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Belirttikleri tanı ölçütlerinde ise “sabahları ortaya çıkan anoreksi”, kahvaltının atlanması veya az miktarda yenmesi (örneğin içecek veya küçük porsiyonlarla geçiştirmek); “akşam hiperfajisi olması”, günlük toplam kalorisinin en az %25’inin akşam yemeğinden sonra alınması ve haftada 3 veya daha fazla gece “insomniya veya uykusuzluk olması” olması şeklinde tanımlanmıştır (Stunkard ve ark, 1955). Gece yeme sendromu sabahları anoreksi, akşamları hiperfaji ve insomniya ile karakterize bir sendrom olarak açıklanmıştır.

1999 yılına kadar bu konuda çok fazla çalışma yapılmamıştır. Ancak 1999 yılında ise Birkevedt ve arkadaşları tarafından yeni gece yeme sendromu tanı kriterleri oluşturulmuştur. Bu yeni tanıma göre hastalar gece daha fazla uyanmakta ve uyanıklarında bilinçli bir şekilde atıştırma yapmaktadırlar. Tanı kriterlerinde önceden olmayan geceleri atıştırmak için uyanmak ve bir günde alınan kalorisinin %50’sinden fazlasını akşam öğününden sonra almak eklenmiştir (Birkevedt GS ve ark, 1999). Tablo 1’de gece yeme sendromu tanıları karşılaştırmalı olarak verilmiştir. tanı kriterleri kıyaslamalı olarak gösterilmiştir (Zwaan M. Ve ark 2006)

Tablo 2. Gece Yeme Sendromu Tanı Kriterleri

	1955 Stunkard ve arkadaşları	1999 Birkevedt ve arkadaşları
Akşam aşırı iştah olması	Akşam öğününden sonra bir günde alınan kalorisinin çeyreğinden fazlasının alınması	Akşam yemeğinden sonra günlük alınan kalorisinin yarısından fazlasını alma
Sabahları iştahsızlık	Kahvaltıda az gıda tüketilmesi	Kahvaltı yapsa bile sabahları iştahsızlık
Uykuya başlama	Gece yarısına kadar uykusuzluk	-
Uyanmalar	-	Gece en az bir kere uyanma
Gece yeme	-	Uyanınca atıştırma
Diğer	Tercihen; duygudurumun gece daha çökkün olması	Geçici ölçütlerin üç aydan fazla olması, kişilerin tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimiya nervosa tanılarını almaması

Tanı ölçütlerindeki farklılıklar bu alanda çalışma yapmayı zorlaştırdığı için bu karışıklığı önlemek adına, ayrıca bu karışıklığı önlemek ve tanı tutarlılığını sağlanmak amacıyla 2008 yılında Uluslararası Gece Yeme Sendromu Çalışma Grubu tarafından, aşağıdaki GYS tanı ölçütleri önerilmiştir (Allison ve ark., 2010).

Uluslararası Gece Yeme Sempozyumu Tanı Kriterleri (Allison ve ark., 2010)

A. Aşağıda belirtilenlerin birisi ya da her ikisi şeklinde ortaya çıkan, günlük yeme düzeninde akşamları ve/veya geceleri belirgin artış olduğunun gösterilmesi

1. Gıda alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra olması
2. Haftada en az iki gece uykudan uyanarak yeme olması

B. Akşam ve gece yeme ataklarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması

C. Aşağıdaki bulguların en az 3 tanesinin kliniğe eşlik etmesi

1. Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 ya da daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması.
2. Akşam yemeği ile uyku başlangıcı arasında ve/veya geceleri güçlü yeme isteği varlığı
3. Haftada en az 4 ya da daha fazla uykuya başlama ve/veya uykuyu sürdürme insomniası olması

4. Uykuya başlamak ya da geri dönebilmek için yeme gerekliliği inancının varlığı
5. Duygudurumun sıklıkla depresif olması ve veya akşamları kötüleşmesi

D. Bozukluğun belirgin sıkıntı ve/veya işlevsellikte azalmaya yol açması

E. Yeme düzenindeki bozukluğun en az 3 aydır olması

F. Bu bozukluğun herhangi bir madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, tıbbi hastalık, ilaç kullanımı veya diğer psikiyatrik hastalıklara ikincil olarak gelişmiş olmaması

2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı Beşinci baskısında (DSM-V); tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu başlığı altında “Gece Yemek Yeme Bozukluğu” ismiyle tanımlanmıştır. (Devlin, 2007; Volkow ve O'Brien 2007)

Gece Yemek Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri (DSM-V, 2013)

- Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri.
- Yemek yendiğinin ayırımında olunması ve yemek yendiği anımsanır.
- Gece yemek yeme, kişinin uyku uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilere daha iyi açıklanamaz.
- Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya ve/veya işlevsellikte düşmeye neden olur.
- Düzensiz yeme örüntüsü, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere başka ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Tablo 3. Gece Yeme Sendromu Tanı Ölçütleri Tarihsel Gelişimi

1986	<i>Randand Kuldau</i>	Sıkıntı (gerginlik/keyifsizlik) maddesi eklendi
1996	Stunkard ve ark.	Akşam hiperfajisi > %50 enerji alımı
1999	<i>Birketvedt ve ark</i>	Semptomlar başladıktan sonra 3 ay süren gece atıştırması eklendi
2005	<i>Allison ve ark.</i>	Haftada 1-3 kez olan gece atıştırması eklendi
2006	<i>Allison ve ark.</i>	Gece hiperfajisi toplam enerji alımının %25'ine düşüldü
2008	<i>Allison ve ark.</i>	Gece yeme anketinin geçerliliği ve 25 puanın üzerinde GYS tanısını gösterdiği tanımlandı
2008	<i>Allison ve ark.</i>	Sabah anoreksisi ve kahvaltının atlanması en az önemli kriter olduğu belirtildi
2010	<i>Allison ve ark.</i>	GYS tanı kriterleri önerildi
2013	<i>DSM V</i>	Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu başlığı altında "Gece yemek yeme bozukluğu" ismiyle tanımlandı

1.4.3. Epidemoloji

Gece yeme sendromu, son zamanların en popüler konularından olmasına rağmen yaygınlığı konusunda net bir bilgiye ulaşılmamasının nedeni bu sendrom ile ilgili birden fazla tanı yapılmasıdır. Ancak yapılan araştırmalara göre gece yeme sendromu genel popülasyonda %1.5 oranında görülmektedir.(Spitzer ve ark. 1992, s.1). Gece yeme sendromu, obez olmayan bireylerde de görülmesine rağmen, prevalans oranının, beden kitle indeksinin yükselmesiyle birlikte arttığı gözlemlenmiştir. Spitzer RL ve ark., 1993). Gece yeme sendromunun sıklığı kilo verme amaçlı başvuran kişilerde, %4,3 ile %8,9 arasında seyretmektedir.(Stunkard ve ark. 1996, s. 1287-1293). Gece yeme sendromu; uyku bozuklukları merkezine başvuranların %5,8'inde (Manni ve ark., 1997, s.734-738), psikiyatri kliniğine başvuranların %12,3'ünde, sınıf II-III obezlerin %10,1'inde (Calugi ve ark. 2009, 899-904), morbid obezlerin %15'inde, haftada en az 1 kez tıknırcasına yeme atağı bildiren kadınların %37'sinde Tıknırcasına yeme bozukluğu olan kadınların %15'inde (Stunkard ve ark., 1996, s.1289-1293) görülmektedir. Bariatrik cerrahi için başvuranlarda ise %8 ile %42 arasında değiştiği bildirilmektedir (Allison ve ark. 2010, s. 241-247). Gece yeme sendromu, genelde onlu ve yirmili yaşların sonuna doğru, erken erişkinlik dönemi boyunca başlar. Aynı zamanda stresli yaşam koşullarında ortaya çıkma eğilimindedir (Stunkard ve ark., 1996, s.1289-1293). Cinsiyet dağılımına bakıldığında, toplum tabanlı ve obezite hastalarında yapılan çalışmaların çoğunda erkekler ve kadınlar arasında prevalans farkı bulunamamıştır. Literatürde gece yeme sendromunun erkeklerde daha sık görüldüğünü gösteren iki çalışma bulunmaktadır (Orhan ve ark. 2009, s.132-154). Özetle; yeme bozukluklarının büyük bölümünün kadınlardaki prevalansının, erkeklerdekinden daha yüksek olması şeklindeki eğilim; Gece yeme sendromunda daha az, tıknırcasına yeme bozukluğunda ise çok daha az dikkati çekmesine rağmen cinsiyet ile gece yeme sendromu ilişkisi halen tartışmalıdır (Orhan ve ark. 2009, s.132-154). Gece yeme sendromu sıklığı çeşitli ırksal gruplarda bilinmemektedir. Cinsiyetlerde ve ırksal gruplarda, gece yeme sendromu sıklığı tespiti için toplum tabanlı saha çalışmalarına ihtiyaç vardır. Gece yeme sendromunda, genetiğin etkisi gösterilmiştir. Lundgren ve arkadaşlarının (Lundgren ve ark. 2006, s.1-3) yaptığı bir çalışmada, gece yeme sendromu olanların 1. Derece akrabalarında, sendromun görülme oranı, kontrol grubuna göre 4,9 kat daha fazla olarak tespit edilmiştir.

1.4.4. Klinik Özellikler

Gece yeme sendromu; yeme bozukluğu, uyku bozukluğu ve duygudurum bozukluğunun birleşimi gibidir. (Stunkard ve ark, 2007, s.83-87) Gece yeme sendromu, normal kilolu, fazla kilolu ve obez kişilerde tanımlanmış olan kronik bir fenomendir. De Zwaan ve ark. çalışmalarına katılan katılımcıların %77'sinin en az beş yıldır gece yemesi olduğunu belirtmişlerdir. Son önerilen tanı ölçütlerine göre kişilerde yaşadıkları belirtileri en az üç aydır olması gerektiği bildirilmiştir (Allison KC ve ark., 2010).

Birketvedt ve ark. (Birketvedt ve ark. 1999, s.657-662) gece yeme sendromu olan kişilerin gece uykularını bölüp atıştırdıkları saptanmıştır. Bu bulgu gece yeme sendromu'nun uyku ve yemede sirkadiyen ritim bozukluk olduğu düşüncesine yol açmıştır (Stunkard AJ ve ark., 2005, s.84). O'Reardon ve ark. GYS olan 46 kişiyi sağlıklı kişilerle karşılaştırdıkları çalışmalarında gruplar arasında toplam kalori alımı ve uyku başlangıcı arasında farklılık bulunmazken, Gece yeme grubunda yeme zamanlarında belirgin bir gecikme olduğu tespit edilmiştir ve gece yeme zamanında sirkadiyen bir gecikmenin varlığını öne sürmüşlerdir. Obez olmayan kişilerle yapılan başka bir anlaşmaya göre ise gece yeme sendromu olan kişilere kontrol grubuna göre yeme zamanında 4 saat daha geç olduğu, aynı zamanda günlük 400 kalori daha fazla aldıkları tespit edilmiştir (Lundgren ve ark. 2008, s. 342-351). Elde edilen bulgular neticesinde gece yeme sendromu'nun yeme ve uykunun normal biyolojik ritimlerinde bir ayrışmaya neden olduğu söylenebilir (Stunkard AJ ve ark., 2005, s.84).Gece yeme sendromunda uykuya geçmede gecikme olmazken gıda alımında 2 ile 6 saat arasında sirkadiyen gecikme olmaktadır. (Howell ve ark. 2009, s.785-796) Stunkard AJ ve ark., 2005).

Gece yeme sendromunun ilk tanımlanmasından itibaren akşam aşırı yeme (evening hyperphagia) en önemli tanı ölçütüdür. Yeme zamanı ve alınan besin miktarına göre akşam aşırı yeme, çalışmalarda farklı tanımlamalarla belirlenmiştir (de Zwaan M ve ark.,2006). İlk olarak "günlük enerji alımının %25'inden fazlasının akşam yemeğinden sonra alınması" olarak tanımlanmıştır (Stunkard ve ark. 2005, s. 83-88). Stunkard ve ark. (Stunkard ve ark. 1996, s.1287-1293) daha sonraki bu ölçüt "akşam 19:00'dan sonra %50 ya da daha fazla gıda alımı" olarak değiştirmiştir. Bazı araştırmacılar obez hastaların günlük yeme miktarlarının yanlış belirleme ihtimallerine karşı, çalışmalarında belli bir oran vermek yerine "akşam aşırı yeme" akşam

yemeğinden sonra ancak yatmadan önce fazla yeme" (Birketvedt GS ve ark, 1999, s.657-663), "gün içinde en çok gıda alımının akşam 19'dan sonra olması" (Ceru-Bjork ve ark. 2001, 365-372) ifadelerini kullanmışlardır. Diğer taraftan Akdeniz ülkeleri gibi yeme alışkanlıkları farklı olan kültürlerde akşam yemeklerinin daha geç saatlerde olmasından dolayı, belirli bir zaman verilmesi yerine akşam yemeği sonrası ifadesinin kullanılması önerilmiştir O'Reardon ve ark. (Lundgren ve ark. 2008, s.343-351).

Gece yeme sendromu tanısı alan ve almayan kişilerde yapılan bir çalışmada, uykuya dalmada güçlük yaşanması ve banyo ihtiyacı dışında gece uykudan uyanma varlığının bu iki grubun ayrımında önemli bir bileşen olduğu tespit edilmiş, yazarlar uyku ile ilişkili bu belirtilerin gece yeme sendromu tanısı için ana belirtiler arasında olması gerektiğini belirtmiştir (Allison ve ark. 2008, 398-407).

Ancak insomnia klinik olarak gece yeme sendromu her kişide görülmez. Örneğin kişi gece iki ya da üç kere kalkıp yemek yerken yeniden uykuya dalmakta hiç sorun yaşamayabilir ya da akşamları fazlasıyla yemek yerken uykuya dalma ya da sürdürme güçlüğü yaşamayabilir (Allison ve ark, 2010, s.398-407). Depresif duygudurum birçok çalışmada gece yeme sendromu ile ilişkili bulunmuştur. (Stunkard ve ark., 2005, de Zwaan M ve ark.,2006, Allison KC ve ark, 2007 bazı çalışmalarda depresif duygudurumun özellikle akşam ya da gece saatlerinde arttığı bildirilmiştir (Birketvedt ve ark, 1999, s.657-662). Allison ve ark. gece yeme sendromlu kişilerdeki depresif duygudurumun tipik olarak gece yeme üzerindeki kontrol güçlüğü ile ilişkili olduğu, ayrıca suçluluk ve utanç duygularının eşlik ettiğini belirtmişlerdir.

1.4.5. Gece Yeme Sendromu ve Uyku İle İlişkili Yeme Bozukluğu

İlk bakışta gece yeme sendromu ve uyku ile ilişkili yeme bozukluğu çok benzer görünse de aralarında ciddi farklılıklar vardır. Uyku ile ilişkili yeme bozukluğunda kişi gece uyandığında günlük hayatında tüketmediği ve tüketilmeyen yiyecekler ve nesnelere tüketir. Tüketilen maddeler. Donmuş ve pişmemiş gıdalar olabildiği gibi yumurta kabuğu, söndürülmüş sigara veya temizlik malzemesi olabilir.

Bir diğer fark ise gece yeme sendromu hastaları gece yeme epizotlarının farkında iken uyku ile ilişkili yeme bozukluğu hastaları ise farkında değildir. Ayrıca her iki sendrom bazen hastalarda aynı anda bulunabilmekte ancak sıklıkla birisi birincil klinik sorunu teşkil etmektedir. (Howell ve ark. 2009, 785-796)

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin yaşam kalitesine, uyku kalitesine ve gece yeme bozukluğuna etkisinin incelendiği tarama modelinde betimsel bir çalışmadır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma evreni Türkiye genelinde çalışan ve çalışmayan kadınlardan oluşmaktadır. Uygulama 2018-2019 yılları arasında yapılmıştır. Araştırmayı tamamen gönüllü kabul eden ve anket formlarını eksiksiz dolduran 407 kişi örnekleme oluşturmuştur

2.3. Veri Toplama Araçları

2.3.1. Sosyo-Demografik Form (SDF)

Bu form araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. SDF’ de katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, çocuğa sahip olma durumunu, gece yeme ve atıştırma isteği, genel sağlık kalitesi, uykudan kaynaklı profesyonel yardım alıp almadıklarına ilişkin sorular yer almıştır. SDF Ek 2’ de verilmiştir.

2.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen 4’lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Kullanılan bu ölçeğin çalışmamızdaki Cronbach Alpha değeri, 0,88’dir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Beck Depresyon Ölçeği Ek 3’de verilmiştir.

2.3.3. Richards- Campbell Uyku Ölçeği

Richards- Campbell uyku ölçeği Richards tarafından 1987 yılında geliştirilen uykuya dalma süresini, gece uykusunun derinliğini, uyandığında uyanık kalma süresini, uyanma sıklığını, uykunun kalitesini ve ortamdaki gürültü düzeyinin değerlendiren 6 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde 0 ile 100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirilir. Ölçekten alınan ‘‘0-25’’ arası puan çok kötü uykuyu, ‘‘76-100’’ arası puan ise çok iyi uykuyu belirtmektedir. Toplam puan 5 madde üzerinden değerlendirilir, ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6.madde toplam puan değerlendirmesi dışında kalır. Ölçekten alınan puan arttıkça uyku kalitesi de artmaktadır. Richards tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach α değeri 0,82 olarak bulunmuştur. Kullanılan bu ölçeğin çalışmamızdaki Cronbach Alpha değeri, 0,85’dir. Richards-Campbell uyku ölçeği Ek 4’ de verilmiştir.

2.3.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHQOQL-BREF)

WHOQOL-BREF-TR ölçeği Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de ki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eser ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin WHOQOL-100 (uzun form) ve WHQOQL-BREF-27 (kısa form) olmak üzere 2 sürümü mevcuttur. Ölçek bedensel, ruhsal, çevresel ve sosyal iyilik hallerini ölçmektedir. WHQOQL-BREF genel algılanan yaşam kalitesi ve sağlık durumunun sorgulandığı iki soru ile birlikte WHQOQL-100 ölçeğinden seçilen 26 sorudan oluşmakta ve 4 alanı kapsamaktadır. Bedensel alanda ağrı, canlılık ve bitkinlik, uyku ve dinlenme, gündelik işleri yapabilme gücü, kişisel inançlar, bellek ve dikkati toplama, benlik saygısı ile ilgili maddeler bulunmaktadır. Sosyal alanda diğer kişilerle olan ilişkiler, cinsel hayat, fiziksel çevre, yeni bilgi ve beceri edinme olanakları, boş zamanları değerlendirme ile ilgili maddeler bulunmaktadır. 27.soru ulusal sorudur ve Türkiye sürümü kullanıldığında çevre alan skoru çevre-Tr olarak adlandırılır ve çevre skoru olarak kullanılır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak cevaplandırılması istenmiştir. Ölçeğin toplam puanı olmamakla birlikte, her alan birbirinden bağımsız kendi alanında değerlendirilmektedir. Ölçek 0-20 puan üzerinden hesaplanmaktadır ve psikolojik, fizik, sosyal çevre, ulusal çevre puanları yükseldikçe yaşam kalitesi düzeyleri de yükselmektedir. WHOQOL-BREF Ek 5’ de verilmiştir.

2.3.5. Gece Yeme Anketi

Gece Yeme Anketi (GYA): Allison ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 18 sorudan oluşan bir tarama anketidir. Anket sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemeleri, akşam yemeğinden sonra besin alımı oranı, aşermeler, gece yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yemeleri sırasında farkındalık ve duygudurum ile ilgili soruları içermektedir. Anketteki ilk dokuz soru tüm katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Sonraki sorularda gece uyanmayan veya atıştırması olmayan katılımcıların devam etmemesi için uyarı vardır. Soru 10-12 gece uyanmaları olan, soru 13 ve 14 ise gece atıştırmaları olan katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Anketteki 7. madde dışındaki maddeler beşli Likert tipi ölçümle 0-4 arasında puanlanmaktadır. Yedinci maddede gün içi duygudurum değişikliği sorgulanmakta ve gün içi değişiklik olmayanlar 0 puan almaktadır. Madde 1, 4 ve 14 ters puanlanmaktadır. Gece yarısı atıştırmalarının ne kadar farkında olduğunu soran madde 13, GYS'nin uykuyla ilişkili yeme bozukluğundan ayırt edilebilmesi için sorulmakta, ancak puanlamaya katılmamaktadır. Toplam puan 0-52 arasında olabilmektedir. Ankette yer alan 15. ve 16. soruların ise ek soru olarak kullanılması önerilmiş ama puanlamaya katılmamıştır. Özgün çalışmada 25 ve üzerindeki puan için pozitif öngörü değerinin düşük (%40.7) olduğu, 30 ve üzerindeki puan için bu değer %72.7'ye yükseldiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada GYA için negatif öngörü değeri 25 ve 30 puan üzeri kesme noktalarının ikisinde de yüksek (sırasıyla %95.2 ve %94) bulunmuştur. Gece Yeme Anketi Ek 5'de verilmiştir.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada kapsamında toplanan verilerin analizi SPSS programı kullanılarak yapılmıştır. Hangi testlerin kullanılacağına karar vermek için verilerin normal dağılıp dağılmadığı kontrol edilmiş ve verilerin normal dağıldığı gözlemlendiği için parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Demografik bilgilerin analizi için betimleyici istatistikler, grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t-test, Mann Whitney U ve ANOVA, değişkenler arasında ilişki ve etki olup olmadığını belirlemek için korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır. ANOVA analizleri sonrası hangi gruplar arası fark olduğunu belirlemek için post-hoc analizleri yapılmıştır. Araştırma genelinde anlamlılık değeri ,05 dikkate alınmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Tablo 4. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans Tablosu

		Çalışanlar		Çalışmayanlar	
		N	%	N	%
Yaş	18-24	25	11,6	77	40,3
	25-30	71	32,9	44	23,1
	31-40	79	36,6	27	14,3
	41-55	41	19	43	22,7
	Toplam	216	100,0	191	100,0
Medeni Durum	Evli	122	56,5	90	47,1
	Bekar	94	43,5	101	52,9
	Toplam	216	100,0	191	100,0
Eğitim	İlköğretim	20	9,3	25	13,1
	Lise	22	10,2	41	21,5
	Üniversite	134	62	100	52,9
	Lisansüstü	40	18,5	25	13,1
	Toplam	216	100,0	191	100,0
Çocuk	Evet	101	46,8	82	42,9
	Hayır	115	53,2	109	57,1
	Toplam	216	100,0	191	100,0
Gece Yeme İsteği Var	Evet	117	54,2	119	62,3
	Hayır	99	45,8	72	37,7
	Toplam	216	100,0	191	100,0
Yeme Atağı Kaç Tane	1-2 kere	204	94,4	172	90,1
	2den fazla	12	5,6	19	9,9
	Toplam	216	100,0	191	100,0
Uykuya Geçme Sorunu mu?	Evet	92	42,6	99	51,8
	Hayır	124	57,4	92	48,2
	Toplam	216	100,0	191	100,0
Profesyonel Yardım mı?	Evet	16	7,4	14	7,3
	Hayır	200	92,6	177	92,7
	Toplam	216	100,0	191	100,0
Son 4 Haftada Sorunu Yaşadınız mı?	Evet	80	37,0	82	42,9
	Hayır	136	63,0	109	57,1
	Toplam	216	100,0	191	100,0

Tablo 4 araştırmaya katılan çalışan ve çalışmayan kadınlara ilişkin çeşitli sosyodemografik bilgilerin yüzde ve frekansları verilmiştir. Katılımcıların 216'sı (%53) çalışan, 191'i (%47) çalışmayan kadınlardır. Çalışanların %56,5'i evli, %43,5'i bekarken çalışmayanların %47'si evli, %52,9'u bekindir. Çalışanların %9,3'ü

ilköğretim, %10,2'si lise, %62'si üniversite, %18,5'i lisansüstü mezunuyken çalışmayanların %13,1'i ilköğretim, %21,5'i lise, %52,4'ü üniversite, %13,1'i lisansüstü mezunudur. Çalışanların %46,8'i çocuk sahibiyken çalışmayanların %42,9'u çocuk sahibidir. Çalışanların %54,2'sinde gece yeme isteği varken çalışmayanların %62,3'ünde vardır. Çalışanların %94,4'ünde gece yeme atağı sıklığı 1-2 kere , %5,6'sında 2'en fazla iken çalışmayanların %90,1'inde 1-2 kere, %9,9'unda 2'den fazladır. Çalışanların %42,6'sı uykuya geçme problemi yaşadığını belirtirken çalışmayanların %51,8'i sorun yaşadığını belirtmiştir. Çalışanların % 7,4'ü uyku ile ilgili profesyonel yardım almışken, çalışmayanların % 7,3'ü yardım almıştır. Çalışanların %37'si son dört haftada sağlık sorunu yaşadığını belirtirken çalışmayanların %42,9'u sorun yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 5. Kullanılan Ölçme Araçlarına İlişkin Betimsel İstatistik Tablosu

	N	Min.	Maks.	Ort.	Ss	Skewness	Kurtosis
YKFizikselSağ	407	14	100	64,95	16,623	-,393	,121
YKPsikolojikS	407	8	100	59,45	17,120	-,392	,121
YKSosyalİlişk	407	0	100	57,00	20,890	-,212	,121
YKÇevre	407	0	100	62,58	15,700	-,396	,121
YemeToplam	407	4	44	17,73	6,785	,909	,121
BeckToplam	407	0	54	14,62	9,646	,835	,121
UykuToplam	407	0	100	66,76	25,418	-,590	,121

Tablo 5 araştırmada veri toplamak için kullanılan ölçme araçlarına ilişkin betimleyici istatistikler verilmiştir. Buna göre, WHO Yaşam Kalite Ölçeği fiziksel sağlık alt boyutunun ortalaması 64,95; standart sapması 16,623; çarpıklık değerleri -,393/121; basıklık değerleri -,142/,241'dir. Psikolojik sağlık alt boyutunun ortalaması 59,45; standart sapması 17,120; çarpıklık değerleri -,392/121; basıklık değerleri -,183/,241'dir. Sosyal ilişkiler alt boyutunun ortalaması 57; standart sapması 20,890; çarpıklık değerleri -,212-,121; basıklık değerleri -,256/,241'dir. Çevre alt boyutunun ortalaması 62,58; standart sapması 15,700; çarpıklık değerleri -,396/,121; basıklık değerleri ,067/,241'dir. Gece Yeme Anketinin ortalaması 17,73; standart sapması 6,785; çarpıklık değerleri ,909/,121; basıklık değerleri 1,524/,241'dir. Beck Depresyon Ölçeğinin ortalaması 14,62; standart sapması 9,646; çarpıklık değerleri ,835/,121; basıklık değerleri ,722/,241'dir. Richard-Campbell uyku ölçeğinin ortalaması 66,76; standart sapması 25,418; çarpıklık değerleri -,590/,121; basıklık değerleri -,645/,241'dir.

Tablo 6. Katılımcıların YK, D, GY, UK Puanları Arasındaki Korelasyon Tablosu

Çalışanlar	1	2	3	4	5	6	7
1-YKFizikselSağlık R	1	,754**	,588**	,575**	-,482**	-,681**	,389**
2-YKPsikolojikSağl R		1	,581**	,610**	-,498**	-,735**	,367**
3-YKSosyalİlişkiler R			1	,584**	-,319**	-,538**	,284**
4-YKÇevre R				1	-,353**	-,526**	,253**
5-YemeToplam R					1	,509**	-,285**
6-BeckToplam R						1	-,361**
7-UykuToplam R							1
Çalışmayanlar	1	2	3	4	5	6	7
1-YKFizikselSağlık R	1	,656**	,558**	,525**	-,399**	-,562**	,320**
2-YKPsikolojikSağl R		1	,657**	,545**	-,421**	-,681**	,246**
3-YKSosyalİlişkiler R			1	,551**	-,392**	-,510**	,241**
4-YKÇevre R				1	-,445**	-,446**	,253**
5-YemeToplam R					1	,473**	-,306**
6-BeckToplam R						1	-,255**
7-UykuToplam R							1

** . p<,001

Tablo 6 çalışan ve çalışmayan kadınların yaşam kalitesi boyutları, depresyon, gece yeme ve uyku kalitesi puanları arası korelasyon analizi verilmiştir. Çalışanlarda Beck Depresyon Ölçeği puanlarının yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları puanlarıyla anlamlı şekilde orta düzey negatif korelasyona ($r_{FS}=-681$; $r_{PS}=-735$; $r_{SI}=-538$; $r_C=-526$; $p<,001$), Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarıyla anlamlı şekilde zayıf düzey negatif korelasyona ($r=-,361$; $p<,001$), Gece Yeme anketi puanlarıyla anlamlı şekilde pozitif orta düzey korelasyona ($r=,509$; $p<,001$) sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca gece yeme puanlarıyla uyku kalitesi puanları arasında anlamlı şekilde zayıf düzey negatif korelasyon ($r=-,285$; $p<,001$) olduğu görülmüştür. Çalışmayanlarda Beck Depresyon Ölçeği puanlarının yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları puanlarıyla anlamlı şekilde orta düzey negatif korelasyona ($r_{FS}=-562$; $r_{PS}=-681$; $r_{SI}=-510$; $r_C=-446$; $p<,001$), Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarıyla anlamlı şekilde zayıf düzey negatif korelasyona ($r=-,255$; $p<,001$), Gece Yeme anketi puanlarıyla anlamlı şekilde pozitif orta düzey korelasyona ($r=,473$; $p<,001$) sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca gece yeme puanlarıyla uyku kalitesi puanları arasında anlamlı şekilde zayıf düzey negatif korelasyon ($r=-,306$; $p<,001$) olduğu görülmüştür.

Tablo 7. Çalışan Kadınlarda Depresyon Belirtilerinin, YK, UK Ve GYB Etkisinin İncelendiği Regresyon Analizi

Yordayan	Yordanan	B	Standart H: β	T	p	
Beck Toplam	Sabit	82,495	2,726	30,264	,000	
	Uyku Toplam	-,972	-,171	-,361	-,5,671	,000
R= ,361	R ² = ,131	F _(1,214) = 32,156		p=,000		
Beck Toplam	Sabit	12,286	,669	18,377	,000	
	Yeme Toplam	,363	,042	,509	8,641	,000
R= ,509	R ² = ,259	F _(1,214) = 74,659		p=,000		
Beck Toplam	Sabit	82,380	1,374	59,963	,000	
	YK Fiziksel Sağlık	-1,177	,086	-,681	-13,616	,000
R= ,681	R ² = ,464	F _(1,214) = 185,399		p=,000		
Beck Toplam	Sabit	79,25	1,351	58,676	,000	
	YK Psikolojik Sağlık	-1,348	0,085	-0,735	-15,871	,000
R= ,735	R ² = ,541	F _(1,214) = 251,879		p=,000		
Beck Toplam	Sabit	73,17	2,074	35,28	,000	
	YK Sosyal İlişkiler	-1,219	0,13	-0,538	-9,341	,000
R= ,538	R ² = ,290	F _(1,214) = 29,599		p=,000		
Beck Toplam	Sabit	73,992	1,613	45,881	,000	
	YK Çevre	-0,919	0,101	-0,526	-9,055	,000
R= ,526	R ² = ,277	F _(1,214) = 81,999		p=,000		

Tablo 7 çalışan kadınların Beck Depresyon ölçeği puanlarının yaşam kalitesi alt boyutları, gece yeme anketi puanları ve uyku ölçeği puanlarını yordama gücüne ilişkin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre Beck Depresyon ölçeği puanları, uyku ölçeği puanlarının %13,1 (F_(1,214) = 32,156; p<,001); gece yeme puanlarının %25,9 (F_(1,214) = 74,659; p<,001); yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık boyutu puanlarının %46,4 (F_(1,214) = 185,399; p<,001); psikolojik sağlık puanlarını %54,1 (F_(1,214) = 251,879; p<,001); sosyal ilişkiler boyutu puanlarını %29 (F_(1,214) = 29,599; p<,001); çevre boyutu puanlarını %27,7 (F_(1,214) = 81,999; p<,001); oranında anlamlı şekilde yordamaktadır.

Tablo 8. Çalışmayan Kadınlarda Depresyon Belirtilerinin Yaşam Kalitesine, Uyku Kalitesine Ve Gece Yeme Bozukluğuna Etkisinin İncelendiği Regresyon Analizi

Yordayan	Yordanan	B	Standart Hata B	β	t	p
Beck Toplam	Sabit	74,265	3,529		21,046	,000
	Uyku Toplam	-0,668	0,184	-0,255	-3,628	,000
R= ,255	R ² = ,065	F _(1,189) = 13,159			p=,000	
Beck Toplam	Sabit	13,063	0,866		15,08	,000
	Yeme Toplam	0,333	0,045	0,473	7,375	,000
R= ,473	R ² = ,223	F _(1,189) = 54,385			p=,000	
Beck Toplam	Sabit	78,642	2,006		39,2	,000
	YK Fiziksel Sağlık	-0,978	0,105	-0,562	-9,348	,000
R= ,562	R ² = ,316	F _(1,189) = 87,391			p=,000	
Beck Toplam	Sabit	76,355	1,775		43,026	,000
	YK Psikolojik Sağlık	-1,183	,093	-,681	-12,780	,000
R= ,681	R ² = ,464	F _(1,189) = 163,334			p=,000	
Beck Toplam	Sabit	74,536	2,56		29,114	,000
	YK Sosyal İlişkiler	-1,087	0,134	-0,51	-8,142	,000
R= ,510	R ² = ,260	F _(1,189) = 66,287			p=,000	
Beck Toplam	Sabit	74,627	1,943		38,406	,000
	YK Çevre	-0,695	0,101	-0,446	-6,856	,000
R= ,446	R ² = ,199	F _(1,189) = 47,010			p=,000	

+9

Tablo 8 çalışmayan kadınların Beck Depresyon ölçeği puanlarının yaşam kalitesi alt boyutları, gece yeme anketi puanları ve uyku ölçeği puanlarını yordama gücüne ilişkin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Buna göre Beck Depresyon ölçeği puanları, uyku ölçeği puanlarının %6,5 ($F_{(1,189)} = 13,159$; $p < ,001$); gece yeme puanlarının %22,3 ($F_{(1,189)} = 54,385$; $p < ,001$); yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık boyutu puanlarının %31,6 ($F_{(1,189)} = 87,391$; $p < ,001$); psikolojik sağlık puanlarını %46,4 ($F_{(1,189)} = 163,334$; $p < ,001$); sosyal ilişkiler boyutu puanlarını %26 ($F_{(1,189)} = 66,287$; $p < ,001$); çevre boyutu puanlarını %19,9 ($F_{(1,189)} = 47,010$; $p < ,001$); oranında anlamlı şekilde yordamaktadır.

Tablo 9. Çalışma Durumuna Göre Grup Karşılaştırmaları

	Çalışma Duru	N	Ort.	ss	T	Sd	p
YK Fiziksel Sağlık	Evet	216	67,00	15,655	2,665	405	,008
	Hayır	191	62,63	17,406			
YK Psikolojik Sağlık	Evet	216	61,62	16,622	2,745	405	,006
	Hayır	191	56,99	17,384			
YK Sosyal İlişkiler	Evet	216	57,24	20,525	,240	405	,811
	Hayır	191	56,74	21,347			
YK Çevre	Evet	216	61,98	15,820	-,814	405	,416
	Hayır	191	63,25	15,579			
Yeme Toplam	Evet	216	17,04	6,476	-2,208	405	,028
	Hayır	191	18,52	7,053			
Beck Toplam	Evet	216	13,07	9,064	-3,483	405	,001
	Hayır	191	16,37	10,003			
Uyku Toplam	Evet	216	69,78	24,384	2,571	405	,010
	Hayır	191	63,34	26,183			

Tablo 9 çalışan ve çalışmayan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre çalışan kadınların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık boyutu ($t=2,665$; $p<,05$), psikolojik sağlık ($t=2,745$; $p<,05$) ve uyku kalitesi ($t=2,571$; $p<,05$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Çalışmayan kadınların gece yeme ($t=-2,208$; $p<,05$) ve depresyon ($t=-3,483$; $p<,05$) puanları çalışanlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 10. Çalışan Kadınlarda Yaşa Göre Grup Karşılaştırmaları

		x ²	sd	Ortalama	F	p	Gruplar Arası Fark
YK Fiziksel Sağ	Gruplar arası	978,312	3	326,104	1,337	,263	
	Gruplar içi	51712,684	212	243,928			
YK Psikolojik S	Gruplar arası	2079,863	3	693,288	2,564	,056	
	Gruplar içi	57321,007	212	270,382			
YK Sosyal İlişki	Gruplar arası	1331,813	3	443,938	1,055	,369	
	Gruplar içi	89241,146	212	420,949			
YK Çevre	Gruplar arası	2351,485	3	783,828	3,229	,023	41-55 Yaş> 18-24 Yaş
	Gruplar içi	51454,441	212	242,710			
Yeme Toplam	Gruplar arası	105,173	3	35,058	,834	,477	
	Gruplar içi	8912,530	212	42,040			
Beck Toplam	Gruplar arası	439,861	3	146,620	1,805	,147	
	Gruplar içi	17222,953	212	81,240			
Uyku Toplam	Gruplar arası	5157,935	3	1719,312	2,971	,033	25-30 Yaş> 18-24 Yaş
	Gruplar içi	122680,838	212	578,683			

Tablo 10 çalışan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında yaşa göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin ANOVA analizi verilmiştir. Buna göre yaşam kalitesi ölçeği çevre boyutu (F=3,229; p<,05) ve uyku kalitesi (F=2,971; p<,05) puanlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Poct hoc analizleri sonucu 41-55 yaş aralığında olanların 18-24 yaş aralığında olanlardan çevre boyutu puanlarında; 25-30 yaş aralığında olanların 18-24 yaş aralığında olanlarda uyku kalitesi puanlarında anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 11. Çalışmayan Kadınlarda Yaşa Göre Grup Karşılaştırmaları

		x ²	sd	Ortalama k	F	p	Gruplar Arası Fark
YK Fiziksel Sağlık	Gruplar arası	1981,120	3	660,373	2,222	,087	
	Gruplar içi	55581,487	187	297,227			
YK Psikolojik Sağlık	Gruplar arası	2518,486	3	839,495	2,859	,038	41-55 Yaş> 25-30 Yaş
	Gruplar içi	54901,493	187	293,591			
YK Sosyal İlişki	Gruplar arası	607,251	3	202,417	,440	,724	
	Gruplar içi	85977,660	187	459,774			
YK Çevre	Gruplar arası	2047,201	3	682,400	2,896	,036	41-55 Yaş> 31-40Yaş
	Gruplar içi	44064,736	187	235,640			
Yeme Toplam	Gruplar arası	279,722	3	93,241	1,901	,131	
	Gruplar içi	9171,963	187	49,048			
Beck Toplam	Gruplar arası	585,023	3	195,008	1,979	,119	
	Gruplar içi	18427,323	187	98,542			
Uyku Toplam	Gruplar arası	469,859	3	156,620	,226	,878	
	Gruplar içi	129786,696	187	694,047			

Tablo 11 çalışmayan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında yaşa göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin ANOVA analizi verilmiştir. Buna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel boyutu (F=2,859; p<,05) ve çevre boyutu (F=2,896; p<,05) puanlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Poct hoc analizleri sonucu 41-55 yaş aralığında olanların 25-30 yaş aralığında olanlardan fiziksel sağlık boyutu puanlarında; 41-55 yaş aralığında olanların 31-40 yaş aralığında olanlarda çevre boyutu puanlarında anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 12. Çalışan Kadınlarda Medeni Duruma Göre Grup Karşılaştırmaları

	Medeni Durun	N	Ort.	Ss	t	Sd	p
YK Fiziksel Sağlık	Evli	122	67,68	15,700	,732	214	,465
	Bekar	94	66,11	15,635			
YK Psikolojik Sağlık	Evli	122	63,14	15,438	1,535	214	,126
	Bekar	94	59,65	17,936			
YK Sosyal İlişkiler	Evli	122	60,27	19,208	2,506	214	,013
	Bekar	94	53,30	21,589			
YK Çevre	Evli	122	64,99	14,515	3,256	214	,001
	Bekar	94	58,07	16,647			
Yeme Toplam	Evli	122	16,24	6,164	-2,083	214	,038
	Bekar	94	18,07	6,753			
Beck Toplam	Evli	122	12,35	8,396	-1,335	214	,183
	Bekar	94	14,01	9,830			
Uyku Toplam	Evli	122	71,79	22,900	1,379	214	,169
	Bekar	94	67,18	26,081			

Tablo 12 çalışan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında yaşa göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre evlilerin yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler ($t=2,506$; $p<,05$) ve çevre boyutu ($t=3,256$; $p<,05$) puanları bekarlardan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bekarların gece yeme puanları ($t=-2,083$; $p<,05$) evlilerden anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 13.Çalışmayan Kadınlarda Yaşa Göre Grup Karşılaştırmaları

	Medeni Durun	N	Ort.	ss	t	sd	p
YK Fiziksel Sağlık	Evli	90	59,13	17,838	-2,661	189	,008
	Bekar	101	65,74	16,482			
YK Psikolojik Sağlık	Evli	90	57,18	16,228	,141	189	,888
	Bekar	101	56,82	18,433			
YK Sosyal İlişkiler	Evli	90	57,14	21,145	,248	189	,805
	Bekar	101	56,38	21,625			
YK Çevre	Evli	90	63,49	15,464	,198	189	,843
	Bekar	101	63,04	15,754			
Yeme Toplam	Evli	90	18,70	7,271	,335	189	,738
	Bekar	101	18,36	6,886			
Beck Toplam	Evli	90	17,31	9,362	1,234	189	,219
	Bekar	101	15,52	10,516			
Uyku Toplam	Evli	90	60,39	26,893	-1,472	189	,143
	Bekar	101	65,96	25,379			

Tablo 13 çalışmayan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında yaşa göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre bekarların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık boyutu ($t=-2,661$; $p<,05$) puanları evlilerden anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 14. Çalışan Kadınlarda Eğitim Duruma Göre Grup Karşılaştırmaları

		χ^2	sd	Ortalama kare	F	p	Gruplar Arası Fark
YK Fiziksel Sağlık	Gruplar arası	2270,906	3	756,969	3,183	,025	İlköğretim>Lise Üniversite>Lise
	Gruplar içi	50420,090	212	237,831			
YK Psikolojik Sağlık	Gruplar arası	2078,044	3	692,681	2,562	,056	
	Gruplar içi	57322,826	212	270,391			
YK Sosyal İlişkiler	Gruplar arası	1683,388	3	561,129	1,338	,263	
	Gruplar içi	88889,570	212	419,290			
YK Çevre	Gruplar arası	900,055	3	300,018	1,202	,310	
	Gruplar içi	52905,871	212	249,556			
Yeme Toplam	Gruplar arası	238,468	3	79,489	1,919	,127	
	Gruplar içi	8779,236	212	41,411			
Beck Toplam	Gruplar arası	1144,532	3	381,511	4,896	,003	Lise>Üniversite Lise>Lisansüstü
	Gruplar içi	16518,283	212	77,916			
Uyku Toplam	Gruplar arası	2360,677	3	786,892	1,329	,266	
	Gruplar içi	125478,097	212	591,878			

Tablo 14 çalışan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin ANOVA analizi verilmiştir. Buna göre yaşam kalitesi ölçeği fiziksel sağlık boyutu ($F=3,183$; $p<,05$) ve depresyon ($F=4,896$; $p<,05$) puanlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Post hoc analizleri sonucu ilköğretim ve üniversite mezunlarının lise mezunlarından fiziksel sağlık puanları daha yüksektir. Lise mezunlarının üniversite ve lisansüstü mezunlarından depresyon puanları daha yüksektir.

Tablo 15. Çalışmayan Kadınlarda Eğitim Duruma Göre Grup Karşılaştırmaları

		x ²	sd	Ortalama	F	p	Gruplar Arası Fark
YK Fiziksel Sağlık	Gruplar arası	1179,162	3	393,054	1,304	,275	
	Gruplar içi	56383,445	187	301,516			
YK Psikolojik Sağlık	Gruplar arası	160,650	3	53,550	,175	,913	
	Gruplar içi	57259,330	187	306,200			
YK Sosyal İlişkiler	Gruplar arası	1772,676	3	590,892	1,303	,275	
	Gruplar içi	84812,235	187	453,541			
YK Çevre	Gruplar arası	1185,122	3	395,041	1,644	,181	
	Gruplar içi	44926,816	187	240,250			
Yeme Toplam	Gruplar arası	271,103	3	90,368	1,841	,141	
	Gruplar içi	9180,582	187	49,094			
Beck Toplam	Gruplar arası	163,965	3	54,655	,542	,654	
	Gruplar içi	18848,380	187	100,793			
Uyku Toplam	Gruplar arası	3334,714	3	1111,571	1,638	,182	
	Gruplar içi	126921,841	187	678,726			

Tablo 15 çalışmayan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında eğitim durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin ANOVA analizine göre herhangi bir ölçek puanında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 16. Çalışan Kadınlarda Çocuk Sahibi Olma Durumuna İlişkin Grup Karşılaştırmaları

	Çocuk	N	Ort.	Ss	t	sd	p
YK Fiziksel Sağlık	Evet	101	67,03	16,531	,030	214	,976
	Hayır	115	66,97	14,916			
YK Psikolojik Sağlık	Evet	101	62,78	16,490	,963	214	,337
	Hayır	115	60,60	16,742			
YK Sosyal İlişkiler	Evet	101	58,67	19,687	,964	214	,336
	Hayır	115	55,97	21,239			
YK Çevre	Evet	101	64,61	14,886	2,315	214	,022
	Hayır	115	59,67	16,312			
Yeme Toplam	Evet	101	16,77	6,159	-,562	214	,575
	Hayır	115	17,27	6,761			
Beck Toplam	Evet	101	13,17	8,862	,143	214	,887
	Hayır	115	12,99	9,275			
Uyku Toplam	Evet	101	68,89	25,647	-,503	214	,616
	Hayır	115	70,57	23,304			

Tablo 16 çalışan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre çocuk sahibi olanların yaşam kalitesi ölçeği çevre boyutu ($t=2,315$; $p<,05$) puanları çocuk sahibi olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 17. Çalışmayan Kadınlarda Çocuk Sahibi Olma Durumuna İlişkin Grup Karşılaştırmaları

	Çocuk	N	Ort.	Ss	t	sd	p
YK Fiziksel Sağlık	Evet	82	59,83	18,592	-1,942	189	,054
	Hayır	109	64,73	16,227			
YK Psikolojik Sağlık	Evet	82	58,13	15,965	,788	189	,431
	Hayır	109	56,13	18,405			
YK Sosyal İlişkiler	Evet	82	55,41	20,346	-,742	189	,459
	Hayır	109	57,73	22,111			
YK Çevre	Evet	82	63,52	15,113	,210	189	,834
	Hayır	109	63,05	15,986			
Yeme Toplam	Evet	82	18,82	7,442	,507	189	,613
	Hayır	109	18,29	6,772			
Beck Toplam	Evet	82	16,61	9,523	,291	189	,772
	Hayır	109	16,18	10,390			
Uyku Toplam	Evet	82	61,17	26,888	-,991	189	,323
	Hayır	109	64,96	25,644			

Tablo 17 çalışmayan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Hiçbir ölçek puanında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 18. Çalışan Kadınlarda Gece Yeme İsteğine Göre Grup Karşılaştırmaları

	Gece Yeme	N	Ort.	Ss	t	sd	p
YK Fiziksel Sağlık	Evet	117	63,12	16,292	-4,098	214	,000
	Hayır	99	71,58	13,578			
YK Psikolojik Sağlık	Evet	117	55,96	16,819	-5,849	214	,000
	Hayır	99	68,31	13,703			
YK Sosyal İlişkiler	Evet	117	53,38	21,665	-3,063	214	,002
	Hayır	99	61,80	18,160			
YK Çevre	Evet	117	58,15	15,895	-3,998	214	,000
	Hayır	99	66,51	14,553			
Yeme Toplam	Evet	117	19,59	6,902	6,957	214	,000
	Hayır	99	14,02	4,319			
Beck Toplam	Evet	117	15,61	9,279	4,676	214	,000
	Hayır	99	10,08	7,849			
Uyku Toplam	Evet	117	65,41	24,547	-2,914	214	,004
	Hayır	99	74,95	23,269			

Tablo 18 çalışan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında gece yeme isteği durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre gece yeme isteği olanların gece yeme ($t=6,957$; $p<,001$) ve depresyon ($t=4,676$; $p<,001$) puanları gece yeme isteği olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir. Gece yeme isteği olmayanların yaşam kalitesi fiziksel sağlık ($t=-4,098$; $p<,001$), psikolojik sağlık ($t=-5,849$; $p<,001$), sosyal ilişkiler ($t=-3,063$; $p<,001$), çevre boyutu ($t=-3,998$; $p<,001$) ve uyku kalitesi ($t=-2,914$; $p<,001$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 19. Çalışmayan Kadınlarda Gece Yeme İsteğine Göre Grup Karşılaştırmaları

	Gece Yeme	N	Ort.	Ss	T	sd	p																																																																				
YK Fiziksel Sağlık	Evet	119	62,59	17,394	-,041	189	,968																																																																				
	Hayır	72	62,69	17,546				YK Psikolojik Sağlık	Evet	119	55,82	18,341	-1,202	189	,231	Hayır	72	58,93	15,605	YK Sosyal İlişkiler	Evet	119	53,85	22,445	-2,436	189	,016	Hayır	72	61,51	18,577	YK Çevre	Evet	119	62,61	15,429	-,727	189	,468	Hayır	72	64,31	15,875	Yeme Toplam	Evet	119	20,36	7,340	4,918	189	,000	Hayır	72	15,47	5,336	Beck Toplam	Evet	119	16,93	10,208	1,006	189	,316	Hayır	72	15,43	9,653	Uyku Toplam	Evet	119	61,56	26,732	-1,204	189	,230
YK Psikolojik Sağlık	Evet	119	55,82	18,341	-1,202	189	,231																																																																				
	Hayır	72	58,93	15,605				YK Sosyal İlişkiler	Evet	119	53,85	22,445	-2,436	189	,016	Hayır	72	61,51	18,577	YK Çevre	Evet	119	62,61	15,429	-,727	189	,468	Hayır	72	64,31	15,875	Yeme Toplam	Evet	119	20,36	7,340	4,918	189	,000	Hayır	72	15,47	5,336	Beck Toplam	Evet	119	16,93	10,208	1,006	189	,316	Hayır	72	15,43	9,653	Uyku Toplam	Evet	119	61,56	26,732	-1,204	189	,230	Hayır	72	66,26	25,159								
YK Sosyal İlişkiler	Evet	119	53,85	22,445	-2,436	189	,016																																																																				
	Hayır	72	61,51	18,577				YK Çevre	Evet	119	62,61	15,429	-,727	189	,468	Hayır	72	64,31	15,875	Yeme Toplam	Evet	119	20,36	7,340	4,918	189	,000	Hayır	72	15,47	5,336	Beck Toplam	Evet	119	16,93	10,208	1,006	189	,316	Hayır	72	15,43	9,653	Uyku Toplam	Evet	119	61,56	26,732	-1,204	189	,230	Hayır	72	66,26	25,159																				
YK Çevre	Evet	119	62,61	15,429	-,727	189	,468																																																																				
	Hayır	72	64,31	15,875				Yeme Toplam	Evet	119	20,36	7,340	4,918	189	,000	Hayır	72	15,47	5,336	Beck Toplam	Evet	119	16,93	10,208	1,006	189	,316	Hayır	72	15,43	9,653	Uyku Toplam	Evet	119	61,56	26,732	-1,204	189	,230	Hayır	72	66,26	25,159																																
Yeme Toplam	Evet	119	20,36	7,340	4,918	189	,000																																																																				
	Hayır	72	15,47	5,336				Beck Toplam	Evet	119	16,93	10,208	1,006	189	,316	Hayır	72	15,43	9,653	Uyku Toplam	Evet	119	61,56	26,732	-1,204	189	,230	Hayır	72	66,26	25,159																																												
Beck Toplam	Evet	119	16,93	10,208	1,006	189	,316																																																																				
	Hayır	72	15,43	9,653				Uyku Toplam	Evet	119	61,56	26,732	-1,204	189	,230	Hayır	72	66,26	25,159																																																								
Uyku Toplam	Evet	119	61,56	26,732	-1,204	189	,230																																																																				
	Hayır	72	66,26	25,159																																																																							

Tablo 19 çalışmayan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında gece yeme isteği durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre gece yeme isteği olanların gece yeme ($t=4,918$; $p<,001$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Gece yeme isteği olmayanların sosyal ilişkiler boyutu ($t=-2,436$; $p<,05$) anlamlı şekilde puanları daha yüksektir.

Tablo 20. Çalışan Kadınlarda Gece Yeme Atağı Sıklığına Göre Grup Karşılaştırmaları

	Gruplar	N	Xsıra	Σ sıra	U	z	p
YK Fiziksel Sa	1-2 kere	204	109,63	22364,00	994,000	-1,096	,273
	2'den fazla	12	89,33	1072,00			
YK Psikolojik Sağlık	1-2 kere	204	111,28	22701,00	657,000	-2,704	,007
	2'den fazla	12	61,25	735,00			
YK Sosyal İlişl	1-2 kere	204	110,50	22541,00	817,000	-1,953	,051
	2'den fazla	12	74,58	895,00			
YK Çevre	1-2 kere	204	110,90	22623,50	734,500	-2,333	,020
	2'den fazla	12	67,71	812,50			
Yeme Toplam	1-2 kere	204	105,46	21514,00	604,000	-2,952	,003
	2'den fazla	12	160,17	1922,00			
Beck Toplam	1-2 kere	204	106,98	21823,00	913,000	-1,479	,139
	2'den fazla	12	134,42	1613,00			
Uyku Toplam	1-2 kere	204	110,82	22606,50	751,500	-2,246	,025
	2'den fazla	12	69,13	829,50			

Tablo 20 çalışan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında gece yeme atağı sıklığı durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Buna göre gece yeme atağı sıklığı 1-2 olanların psikolojik sağlık boyutu ($z=-1,096$; $p<,05$), çevre boyutu ($z=-2,333$; $p<,05$) ve uyku kalitesi ($z=-2,246$; $p<,05$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Gece yeme atağı sıklığı 2'den fazla olanların gece yeme ($z=-2,952$; $p<,05$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 21. Çalışmayan Kadınlarda Gece Yeme Atağı Sıklığına Göre Grup Karşılaştırmaları

	Gruplar	N	Xsıra	Σ sıra	U	z	p
YK Fiziksel Sağlık	1-2 kere	172	100,23	17240,00	906,000	-3,191	,001
	2'den fazla	19	57,68	1096,00			
YK Psikolojik Sağlık	1-2 kere	172	100,24	17241,50	904,500	-3,201	,001
	2'den fazla	19	57,61	1094,50			
YK Sosyal İlişkiler	1-2 kere	172	100,46	17279,00	867,000	-3,383	,001
	2'den fazla	19	55,63	1057,00			
YK Çevre	1-2 kere	172	100,90	17354,50	791,500	-3,693	,001
	2'den fazla	19	51,66	981,50			
Yeme Toplam	1-2 kere	172	89,76	15438,50	560,500	-4,702	,001
	2'den fazla	19	152,50	2897,50			
Beck Toplam	1-2 kere	172	89,60	15412,00	534,000	-4,815	,001
	2'den fazla	19	153,89	2924,00			
Uyku Toplam	1-2 kere	172	99,53	17118,50	1027,500	-2,653	,008
	2'den fazla	19	64,08	1217,50			

Tablo 21 çalışan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında gece yeme atağı sıklığı durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Buna göre gece yeme atağı sıklığı 1-2 olanların fiziksel sağlık boyutu ($z=-3,191$; $p<,05$), psikolojik sağlık boyutu ($z=-3,201$; $p<,05$), sosyal ilişkiler boyutu ($z=-3,383$; $p<,05$), çevre boyutu ($z=-3,693$ $p<,05$) ve uyku kalitesi ($z=-2,653$; $p<,05$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Gece yeme atağı sıklığı 2'den fazla olanların gece yeme ($z=-4,702$; $p<,05$) ve depresyon ($z=-4,815$; $p<,05$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 22. Çalışan Kadınlarda Uykuya Geçme Sorununa Göre Grup Karşılaştırmaları

	Uykuya sorunu var mı	N	Ort.	ss	T	sd	p
YK Fiziksel Sağlık	Evet	92	60,98	14,383	-5,146	214	,000
	Hayır	124	71,46	15,105			
YK Psikolojik Sağlık	Evet	92	56,08	16,463	-4,399	214	,000
	Hayır	124	65,73	15,568			
YK Sosyal İlişkiler	Evet	92	52,26	19,951	-3,131	214	,002
	Hayır	124	60,93	20,239			
YK Çevre	Evet	92	58,86	15,960	-2,530	214	,012
	Hayır	124	64,30	15,372			
Yeme Toplam	Evet	92	20,22	6,668	6,848	214	,000
	Hayır	124	14,68	5,220			
Beck Toplam	Evet	92	16,63	9,248	5,267	214	,000
	Hayır	124	10,44	7,990			
Uyku Toplam	Evet	92	59,70	22,620	-5,593	214	,000
	Hayır	124	77,27	22,984			

Tablo 22 çalışan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında uykuya geçme sorunu durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre uykuya geçme sorunu olanların gece yeme ($t=6,848$; $p<,001$) ve depresyon ($t=5,267$; $p<,001$) puanları sorunu olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir. Uykuya geçme sorunu olmayanların yaşam kalitesi fiziksel sağlık ($t=-5,146$; $p<,001$), psikolojik sağlık ($t=-4,399$; $p<,001$), sosyal ilişkiler ($t=-3,131$; $p<,05$), çevre boyutu ($t=-2,530$; $p<,05$) ve uyku kalitesi ($t=-5,593$; $p<,001$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 23. Çalışmayan Kadınlarda Uykuya Geçme Sorununa Göre Grup Karşılaştırmaları

	Uykuya sorunu var mı	N	Ort.	ss	T	sd	p
YK Fiziksel Sağlık	Evet	99	55,89	16,747	-6,048	189	,000
	Hayır	92	69,88	15,098			
YK Psikolojik Sağlık	Evet	99	52,81	17,526	-3,552	189	,000
	Hayır	92	61,49	16,147			
YK Sosyal İlişkiler	Evet	99	50,76	21,466	-4,188	189	,000
	Hayır	92	63,17	19,351			
YK Çevre	Evet	99	59,68	14,895	-3,378	189	,001
	Hayır	92	67,10	15,458			
Yeme Toplam	Evet	99	21,12	7,103	5,715	189	,000
	Hayır	92	15,72	5,850			
Beck Toplam	Evet	99	19,33	10,451	4,458	189	,000
	Hayır	92	13,17	8,451			
Uyku Toplam	Evet	99	53,14	25,211	-6,088	189	,000
	Hayır	92	74,30	22,632			

Tablo 23 çalışmayan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında uykuya geçme sorunu durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre uykuya geçme sorunu olanların gece yeme ($t=5,715$; $p<,001$) ve depresyon ($t=4,458$; $p<,001$) puanları sorunu olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir. Uykuya geçme sorunu olmayanların yaşam kalitesi fiziksel sağlık ($t=-6,048$; $p<,001$), psikolojik sağlık ($t=-3,552$; $p<,001$), sosyal ilişkiler ($t=-4,188$; $p<,001$), çevre boyutu ($t=-3,378$; $p<,05$) ve uyku kalitesi ($t=-6,088$; $p<,001$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 24. Çalışan Kadınlarda Uykuyla İlgili Profesyonel Yardım Alma Durumuna Göre Grup Karşılaştırmaları

	Gruplar	N	Xsıra	Σ sıra	U	Z	p
YK Fiziksel Sağlık	Evet	16	68,88	1102,00	966,000	-2,642	,008
	Hayır	200	111,67	22334,00			
YK Psikolojik Sağlık	Evet	16	86,47	1383,50	1247,500	-1,470	,141
	Hayır	200	110,26	22052,50			
YK Sosyal İlişkiler	Evet	16	84,22	1347,50	1211,500	-1,631	,103
	Hayır	200	110,44	22088,50			
YK Çevre	Evet	16	101,00	1616,00	1480,000	-,500	,617
	Hayır	200	109,10	21820,00			
Yeme Toplam	Evet	16	128,94	2063,00	1273,000	-1,362	,173
	Hayır	200	106,87	21373,00			
Beck Toplam	Evet	16	148,69	2379,00	957,000	-2,675	,007
	Hayır	200	105,29	21057,00			
Uyku Toplam	Evet	16	63,75	1020,00	884,000	-2,977	,003
	Hayır	200	112,08	22416,00			

Tablo 24 çalışan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında uykuyla ilgili profesyonel yardım alma durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Buna göre uykuyla ilgili yardım almayanların fiziksel sağlık ($z=-2,642$; $p<,05$) ve uyku kalitesi ($z=-2,977$; $p<,05$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Yardım alanların depresyon ($z=-2,675$; $p<,05$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 25. Çalışmayan Kadınlarda Uykuyla İlgili Profesyonel Yardım Alma Durumuna Göre Grup Karşılaştırmaları

	Gruplar	N	Xsıra	Σ sıra	U	Z	p
YK Fiziksel Sağlık	Evet	14	75,04	1050,50	945,500	-1,477	,140
	Hayır	177	97,66	17285,50			
YK Psikolojik Sağlık	Evet	14	71,18	996,50	891,500	-1,751	,080
	Hayır	177	97,96	17339,50			
YK Sosyal İlişkiler	Evet	14	75,96	1063,50	958,500	-1,421	,155
	Hayır	177	97,58	17272,50			
YK Çevre	Evet	14	89,36	1251,00	1146,000	-,468	,640
	Hayır	177	96,53	17085,00			
Yeme Toplam	Evet	14	123,82	1733,50	849,500	-1,959	,050
	Hayır	177	93,80	16602,50			
Beck Toplam	Evet	14	136,93	1917,00	666,000	-2,880	,004
	Hayır	177	92,76	16419,00			
Uyku Toplam	Evet	14	100,11	1401,50	1181,500	-,289	,773
	Hayır	177	95,68	16934,50			

Tablo 25 çalışmayan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında uykuyla ilgili profesyonel yardım alma durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını Mann Whitney U testi analizi verilmiştir. Buna göre uykuyla ilgili yardım alanların depresyon ($z=-2,675$; $p<,05$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 26. Çalışan Kadınlarda Son 4 Hafta İçinde Sağlık Sorununa Göre Grup Karşılaştırmaları

	Sağlık sorunu	N	Ort.	ss	T	sd	p
YK Fiziksel Sağlık	Evet	80	60,48	15,786	-4,944	214	,000
	Hayır	136	70,83	14,299			
YK Psikolojik Sağlık	Evet	80	55,50	17,198	-4,317	214	,000
	Hayır	136	65,22	15,221			
YK Sosyal İlişkiler	Evet	80	51,48	20,951	-3,233	214	,001
	Hayır	136	60,63	19,566			
YK Çevre	Evet	80	57,49	18,111	-3,049	214	,003
	Hayır	136	64,63	13,697			
Yeme Toplam	Evet	80	19,36	6,974	4,201	214	,000
	Hayır	136	15,67	5,766			
Beck Toplam	Evet	80	16,98	8,961	5,129	214	,000
	Hayır	136	10,78	8,338			
Uyku Toplam	Evet	80	65,26	26,561	-2,022	214	,045
	Hayır	136	72,44	22,691			

Tablo 26 çalışan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında son dört haftada sağlık sorunu yaşama durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre son dört haftada sağlık sorunu yaşayanların gece yeme ($t=4,201$; $p<,001$) ve depresyon ($t=5,129$; $p<,001$) puanları sorunu olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir. uykuya geçme sorunu olmayanların yaşam kalitesi fiziksel sağlık ($t=-4,944$; $p<,001$), psikolojik sağlık ($t=-4,317$; $p<,001$), sosyal ilişkiler ($t=-3,233$; $p<,05$), çevre boyutu ($t=-3,049$; $p<,05$) ve uyku kalitesi ($t=-2,022$; $p<,001$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir.

Tablo 27. Çalışmayan Kadınlarda Son 4 Hafta İçinde Sağlık Sorununa Göre Grup Karşılaştırmaları

	Sağlık sorunu	N	Ort.	ss	T	sd	p
YK Fiziksel Sağlık	Evet	82	53,57	16,592	-6,974	189	,000
	Hayır	109	69,44	14,745			
YK Psikolojik Sağlık	Evet	82	51,67	16,160	-3,795	189	,000
	Hayır	109	60,99	17,268			
YK Sosyal İlişkiler	Evet	82	51,74	20,562	-2,857	189	,005
	Hayır	109	60,50	21,247			
YK Çevre	Evet	82	59,94	14,380	-2,587	189	,010
	Hayır	109	65,74	16,040			
Yeme Toplam	Evet	82	19,95	7,066	2,468	189	,014
	Hayır	109	17,44	6,881			
Beck Toplam	Evet	82	19,01	10,148	3,249	189	,001
	Hayır	109	14,38	9,460			
Uyku Toplam	Evet	82	58,68	23,995	-2,190	189	,030
	Hayır	109	66,83	27,303			

Tablo 27 çalışmayan kadınların WHO Yaşam Kalite Ölçeği alt boyutları, Gece Yeme Anketi, Beck Depresyon Ölçeği, Richard-Campbell uyku ölçeği puanlarında son dört haftada sağlık sorunu yaşama durumuna göre anlamlı farklılık olup olmadığını ilişkin bağımsız örneklem t-test analizi verilmiştir. Buna göre son dört haftada sağlık sorunu yaşayanların gece yeme ($t=2,468$; $p<,05$) ve depresyon ($t=3,249$; $p<,05$) puanları sorunu olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir. uykuya geçme sorunu olmayanların yaşam kalitesi fiziksel sağlık ($t=-6,974$; $p<,001$), psikolojik sağlık ($t=-3,795$; $p<,001$), sosyal ilişkiler ($t=-2,857$; $p<,05$), çevre boyutu ($t=-2,587$; $p<,05$) ve uyku kalitesi ($t=-2,190$; $p<,001$) puanları anlamlı şekilde daha yüksektir.

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve gece yeme sendromu üzerine etkisinin incelenmesi ile çeşitli demografik değişkenlere göre farklılıkların incelenmesidir. Araştırmada depresyon belirtilerini saptamak amacıyla katılımcılara, Beck Depresyon Ölçeği; uyku kalitelerini ve yaşam kalitelerini saptamak amacıyla ise Richards- Campbell Uyku Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHQOQLBREF) ve Gece Yeme Anketi kullanılmıştır. Depresyon belirtilerinin kadınlardaki sıklığı ve yaşam kalitesi, gece yeme alışkanlığı ve uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmaya katılan katılımcıların 216'sı (%53) çalışan, 191'i (%47) çalışmayan kadınlardır. Çalışanların %56,5'i evli, %43,5'i bekârken, çalışmayanların %47'si evli, %52,9'u bekar. Çalışanların %9,3'ü ilköğretim, %10,2'si lise, %62'si üniversite, %18,5'i lisansüstü mezunuyken çalışmayanların %13,1'i ilköğretim, %21,5'i lise, %52,4'ü üniversite, %13,1'i lisansüstü mezundur. Çalışanların %46,8'i çocuk sahibiyken çalışmayanların %42,9'u çocuk sahibidir. Çalışanların %54,2'sinde gece yeme isteği varken çalışmayanların %62,3'ünde vardır. Çalışanların %94,4'ünde gece yeme atağı sıklığı 1-2 kere , %5,6'sında 2' en fazla iken çalışmayanların %90,1'inde 1-2 kere, %9,9'unda 2'den fazladır. Çalışanların %42,6'sı uykuya geçme problemi yaşadığını belirtirken çalışmayanların %51,8'i sorun yaşadığını belirtmiştir. Çalışanların % 7,4'ü uyku ile ilgili profesyonel yardım almışken, çalışmayanların % 7,3'ü yardım almıştır. Çalışanların %37'si son dört haftada sağlık sorunu yaşadığını belirtirken çalışmayanların %42,9'u sorun yaşadığını belirtmiştir.

Bu çalışmada bir diğer amacımız, çalışan ve çalışmayan kadınların depresyon belirtilerine eşlik eden gece yeme sendromu, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi belirtilerinin etkileri ve bu belirtilerin çalışan ve çalışmayan kadınlardaki etkilerinin farklılık durumlarının incelenmesidir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

Bütün kadınlar depresyon riski taşımaktadırlar. Depresyonun daha çok kadınlarda görülmesinin birçok nedeni vardır. En belirgin ve önemli nedenlerden biri ise sosyokültürel faktörlerdir. Sosyal yaşantı içerisinde kadına yüklenmiş roller, beklentiler ve kısıtlılıklar kadını sınırlamaktadır (Ünal S. Ve Özcan E.,2000). Günümüzde dört kadından birinde şiddetli depresyon görülmektedir. Major depresyon

tanılarında da kadınlar erkeklerden daha fazla risk altındadır. Majör depresyon ve distimi kadınları daha çok etkilenmektedir. Bu oranlar ırk, köken ve ekonomik duruma bağlı kalmaksızın ortaya çıkmaktadır. (NIMH 00-4779, 1995).

Araştırmamızda çalışan ve çalışmayan kadınlarda, Beck Depresyon Ölçeği puanlarının yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyut puanlarıyla, anlamlı bir şekilde orta düzey negatif korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir. Ancak çalışan kadınların kolerasyonu daha yüksektir. Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon düzeyi arttıkça, yaşam kalite düzeyleri azalmaktadır. Çalışan bayanların gün içerisinde sürekli aktif halde bulunması, ev ve iş sorumluluklarını yüklenmesi ve bunlara depresyonun eşlik etmesi yaşam kalitesini etkilemektedir. Ayrıca çalışan kadınların iş yaşamlarındaki memnuniyet durumu, kariyer gelişimleri, maaş beklentileri ve iş ortamı da yaşam kalitesini etkilemektedir. Nihayetinde bu durum, çalışan kadınların bedensel ve çevre alan puanlarını etkileyebilmektedir. İş stresi ve yoğunluğu, çalışma şekli, işinden memnun olmama, ekonomik sorunlar, mesleki doyumsuzluk ve çalışma şartları gibi durumların çalışanların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Buna karşın bazı araştırmalarda çalışma hayatının kadının yaşantısına olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Ermiş (2013), yaptığı bir araştırmada çalışmayan kadınların depresyonun daha şiddetli olduğu görülmüştür.

Çalışmayan kadınlarda ise depresyon puanlarının artmasına karşın yaşam kalite düzeylerinin azalma durumu birçok neden ile açıklanabilir. Ev hanımlığının toplum tarafından statü oluşturu bir rol olarak kabul edilmemesi ve bunlara ek olarak aile bireylerinin yeme, temizlik ve birçok ihtiyacından ev hanımının sorumluluğunda olması, kadınların kaygılarının artmasına ve değersizlik inancının artmasına neden olabilmektedir. Değersizlik duygusu yalnızca ev hanımlarında görülmemektedir. Çalışmayan kadınlarda da yaşamlarını devam ettirmeleri için gerekli olan maddi desteği sağlayamadıklarından ötürü, yetersizlik ve değersizlik duygusunu yaşayabilirler. Bu duygunun yoğun bir şekilde yaşanması ise depresyona neden olabilmektedir.

Depresyon ve Uyku kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman, çalışan ve çalışmayan kadınlarda, Beck Depresyon Ölçeği puanlarının, Richard-Campbell Uyku Ölçeği puanlarıyla, anlamlı şekilde zayıf düzey negatif korelasyona sahip olduğu bulunmuştur. Çalışanların kolerasyonları ise çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışan kadınların çalışma saatlerinin sürekli değişmesi, erken saatlerde uyanıp, geç saatlerde uyuması ve hafta içinde yapamadıklarını, hafta sonu yapmak istediği için uykusuz kalması veya kendini fazlaca yoracak aktiviteler yapması, uyku kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Depresyon ve gece yeme davranışı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise çalışan ve çalışmayan kadınlarda, Beck Depresyon Ölçeği puanlarının, Gece Yeme Anketi puanlarıyla anlamlı şekilde pozitif orta düzey korelasyon tespit edilmiştir. Yine çalışanların korelasyonları daha yüksektir. Depresyonun artmasıyla gece yeme davranışı artmaktadır. Gece yeme davranışı olanlar, olmayanlara göre daha sık deprese duygu durum bildirmişlerdir. (Birketvedt GS ve ark., 1999, s.657-663) Ancak ilginç biçimde gece yeme sendromu olan bireylerin duygu durum puanlarında saat 4'ten sonra sirkadiyen olarak azalma bildirilmiştir. Yani bu hastalar gece daha depresiftirler ki, bu endojen depresyonda gözlenen, gece deprese duygu durumundaki azalmanın tam tersi bir bulgudur. Lundgren ve arkadaşları ayaktan hasta takibinin yapıldığı bir psikiyatri kliniğinde hastaların %12.3'ünün gece yeme sendromu tanı kriterlerini karşıladığını bildirmişlerdir. Bu hastalarda madde kötüye kullanımı ve atipikantipsikotik kullanımının da, gece yeme sendromu olmayanlara göre daha fazla olduğunu görmüşlerdir. (Lundgren ve ark. 2006, s.1-3). Yine gece yeme sendromu olan obez bireylerde Zung depresyon envanterindeki depresyon puanlarının daha yüksek olduğu, ayrıca Rosenberg kendilik saygısı ölçeğinde kendilik saygılarının düşük olduğu gösterilmiştir. (Gluck ve ark. 2001, s.264-267). Gece yeme sendromu'nun orijinal tanımlamasında, psikososyal stresörlerin, gece yemedeki alevlenmelerde yaygın olarak bulunduğu bildirilmiştir. (Stunkard ve ark. 1955, s.83-88) Özellikle hastaların stresli dönemlerinde, gece yeme sendromunun başladığı ve gece yemesi olanlarda da stresin daha yüksek düzeyde olduğu gösterilmiştir. Bu yanıtlar ayrıca iki laboratuvar çalışmasıyla da desteklenmiştir.

Çalışan ve çalışmayan kadınlarda, gece yeme puanlarıyla uyku kalitesi puanları arasında da anlamlı şekilde zayıf düzey negatif korelasyon görülmüştür, ancak çalışmayanlarda korelasyon daha yüksektir. Çalışan kadınların sabah erken saatlerde kalkma mecburiyeti, gün içerisinde fiziksel yorgunluklarının daha fazla oluşu uyku kalitelerini daha fazla bozulmasına neden olabilir. Çalışmayan kadınlarda ise uyuma ve uyanma saatlerinin daha esnek oluşu, gece yeme davranışı nedeniyle kesilen uykuyu

telafi etme ihtimalinin olması, uyku kalitesinin daha az etkilenmesine neden olabilmektedir.

Çalışan kadınların psikolojik sağlık ve uyku kalitesi puanları anlamlı şekilde daha yüksekken buna karşın çalışmayan kadınlarda ise gece yeme ve depresyon puanları çalışanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmayan kadınlar, tekdüze bir yaşam, çocuk ve ev işlerinin sürekli sorumluluğundan kaynaklı, kendilerine vakit ayıramadıklarını söylerler. Çalışan kadınlara nazaran daha kısıtlı sosyal çevreye sahiplerdir. Takdir edilme ve emeğinin değerlendirilmesi gibi kişisel tatmini ciddi boyutta etkileyen bu etkenler, çoğu zaman eşinin insafına kalmış vaziyettedir. Bu yüzden depresyon açısından ev hanımları ciddi risk boyutundadır. Çalışan kadınlar ise ekonomik olarak daha özgürlerdir, toplum tarafından takdir ve saygı görürler, daha özgür şekilde davranabilmektedirler. Bu durum ise çalışan kadınların psikolojik olarak daha sağlıklı olmasına katkıda bulunmaktadır.

Evlilik uyumu ile öznel iyilik hissini 200 çalışan ve 200 ev kadınında karşılaştıran bir çalışmada ev kadınlarında her iki parametrenin de çalışan kadınlardan belirgin derecede kötü olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, çalışan kadınların özellikle genel sağlık, yaşam doyumu ve benlik saygılarının daha yüksek olduğu ve kötümser duygulanımın ev kadınlarında çalışan kadınlardan daha düşük olarak değerlendirilmesine rağmen ümitsizlik, güvensizlik ve anksiyetenin yine çalışan kadınlarda daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte bahsedilen çalışmada olumlu duygulanım ve depresif puanlarda farklılık bulunmamıştır. Yine başka bir çalışmada İtalya'dan İsviçre'ye göçen ve psikiyatri kliniklerine başvuran kadınlardan işsiz ve işten çıkarılmış olanlarla birlikte, ev kadınlarında da psiko-sosyal sorunlar daha fazla bulunmuştur.

Haw (1995), yaptığı bir çalışmada elde ettiği verilere dayanarak, çalışan kadın ve ev kadınlarının psikolojik parametrelerinin, ailenin yaşam siklusu boyunca değişkenlik gösterebileceğini bildirmiştir. Koreli evli kadınların yaşadıkları psikolojik çatışmaları inceleyen bir diğer çalışmada ise evliliğin oluş şekli, evliliğe ve boşanmaya karşı geleneksel bakış açısı, görücü usulü evlenme, kocanın eşinin cinsel rolüne karşı tepkisi, eşinin ev dışındaki çalışma hayatına karşı geleneksel tutumu gibi durumların sık çatışmalara neden olduğunu bulunmuştur.

Çalışan kadınların, yaşam kalitesi alt ölçeği olan çevre boyutu puanı ile uyku kalitesi puanlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. 41-55 yaş aralığında olanların 18-24 yaş aralığında olanlardan çevre boyutu puanlarında; 25-30 yaş aralığında olanların 18-24 yaş aralığında olanlarda uyku kalitesi puanlarında anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Çevre alan puanı maddi imkânlar, fiziksel güvenlik, ev ortamı, ulaşım, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatından oluşmaktadır. 18-24 yaş aralığı, genç yetişkin olarak adlandırılırlar. Bu yaş aralığında çalışan kadınlar sosyal olarak daha aktif olmaya meyillidir. İş ve ev içerisindeki sorumlulukları, dinlenme ve boş vakitlerini değerlendirme fırsatlarını kısıtlayabilmektedir. 18-24 yaş arasındaki bireylerde yaşam beklentileri daha çok bireysel beklentilerdir. 41-55 yaş aralığında ki kadınlar ise çoğunlukla yaşam doyumu daha çok çevresel faktörlerle birlikte sorumluluklarının iyi bir şekilde yerine getirilmesiyle ilgilidir.

18-24 yaş ile 25-30 yaş aralığındaki çalışan kadınlar uyku kalitesi bakımından karşılaştırıldığında 25-30 yaş arasındakilerin uyku kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Bu durum 18-24 yaş aralığında bireylerin, yaşamlarının daha aktif olmasından bununla birlikte yaşamın getirdiği sorumlulukları çoğunlukla henüz edinmemiş olmalarından kaynaklanabilmektedir. Bu nedenle bu yaş grubundaki çalışan kadınların uykuya daha az ihtiyaç duyduğu ve vakit ayırdığı saptanmıştır.

Buna karşın 25-30 yaş aralığında ki çalışan kadınlar ise sorumluluklarına daha programlı yaklaştıkları için uyku düzenini daha çok önemserler. Bu nedenle uyku kalite puanları genç yetişkinlere göre daha yüksektir.

Çalışmayan kadınların yaşam kalitesi ölçeği fiziksel boyutu ve çevre boyutu puanlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. 41-55 yaş aralığında olanların 25-30 yaş aralığında olanlardan fiziksel sağlık boyutu puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. 41-55 yaş aralığında olan çalışmayan kadınların fiziksel sağlık puanları daha yüksektir çünkü 41-55 yaş aralığında olan kadınların yaşam standart ve şartları daha sabit ve düzenli olduğu için ve kendilerine daha çok vakit ayırabildikleri için fiziksel olarak daha az yıpranırlar. Ayrıca bu yaş aralığında kişilerin yaşam tecrübelerinin daha fazla olması da göz önünde tutulabilir.

25-30 yaş aralığında ki çalışmayan kadınlar ise yaşam standartlarının belirginleştiği bu dönemde artan sorumluluklar fiziksel sağlık boyutlarını etkileyebilmektedir.

41-55 yaş aralığında olanların 31-40 yaş aralığında olanlarda çevre boyutu puanlarında anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşın ilerlemesiyle özgüvenin, benlik saygısının artıp, gereksinim ve beklentilerin daha iyi karşılanabileceği için sosyal beklentiler arttığı için çevre puanı da bundan etkilenebilmektedir.

Çalışan evli kadınların, yaşam kalitesi ölçeği sosyal ilişkiler ve çevre boyutu puanları, bekârlardan anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Evliliğin sürekli bir sosyal destek sağlaması, çalışan evli kadınların sosyal yaşantısında da yalnızlık çekmediği görülmüştür.

Yapılmış araştırmalar, 18 - 44 yaş aralığında olmanın, çalışmamanın, bekâr olmanın, düşük sosyoekonomik duruma sahip olmanın depresyonun risk etkenleri olduğunu göstermiştir. Yapılan araştırmalardan bazıları sosyoekonomik düzeyle depresyon prevalansı arasında ters bir ilişkinin olduğunu belirtmektedir. Özellikle alt sosyoekonomik gruba ait olan kadınların, depresyon için yüksek riskte olduğu ifade edilmiştir.

Bekarların gece yeme puanları evlilerden anlamlı şekilde daha yüksektir. Stunkard ve ark.'ları(1955) Gece yeme sendromunu ilk tanımladıklarında psikostresör faktörlerin sık olduğunu ve yeme ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Gece yeme sendromlu kişilerin %75'i,gece yemelerinin stres yaratan bir olay ya da dönemde başladığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde başka çalışmalarda da gece yemesi olanlarda stres düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Stres durumu ile yemek yeme durumu arasında kompleks bir ilişki olduğu bilinmektedir.

Kadın olmanın, fazla kilolu olmanın ve diyet kısıtlamasında yüksek skor almanın, stres sırasında fazla yemek yemek prediktörleri olduklarını belirtmişlerdir. Stres ile artan kortizol düzeyleri kalori alımını arttırabilir üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında stresli dönemlerinde yeme davranışlarında artma olanların, aynı dönemlerde kortizol ve insülin düzeylerinde artış olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca Epel ve Ark, bu kişilerin stres sırasında daha fazla kilo aldıklarını tespit

etmişlerdir. Adam ve Epel strese bağılı yemesi olan kimselerin aşırı yemek yemelerini etkileyen, altta yatan yüksek stres reaktivitesi olabileceğini belirtmişlerdir.

Çalışan kadınlarda yaşam kalitesi ölçeğı fiziksel sağılık boyutu ve depresyon puanlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Çalışan kadınlarda, ilköğretim ve üniversite mezunlarının lise mezunlarına nazaran, fiziksel sağılık puanları daha yüksektir. Lise mezunlarının üniversite ve lisansüstü mezunlarından depresyon puanları daha yüksektir. Kadınlarda eğitim düzeyinin düşüklüğü, ekonomik özgürlüğünü, iş sahasının kısıtlılığı ve iş hayatında kadının daha az tercih edilmesi nedeniyle iş bulma imkanları zorlaşmaktadır. Çalışan ancak eğitim düzeyi yüksek kadınlarda ise ev ile birlikte alınması gereken evin sorumluluklarının yüklenilmesi, yeterli kreş ve gündüz bakım evlerinin yetersizliğı ve iş yerinde kadın olduğı için maruz kaldığı mobing de depresyon eğilimini ciddi şekilde etkilemektedir. Yapılan başka bir çalışmada olduğı araştırmada da eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde farklılık saptamıştır.

Ülkemizde postpartum dönemdeki annelerle yapılan bazı çalışmalarda ise annelerin eğitim düzeyi ile depresyon puanları arasında bir ilişki olmadığı belirlenmesine karşın Dünder (2002) ve Engindeniz (1996) annelerin eğitim seviyesi arttıkça postpartum depresyon puanının azaldığını saptamışlardır. Çalışma bulgularımız bu sonuçlarla uyumludur. Eğitim düzeyinin artması ile kadının yaşamı üzerindeki etkinliğinin artmasına, doğum sonu karşılaştığı zorlanmalarla etkili baş etmesine katkı vermektedir.

Çalışan çocuk sahibi olan kadınların, yaşam kalitesi ölçeğı çevre boyutu puanları çocuk sahibi olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir. Çevre boyutu puanı maddi imkânlar, fiziksel güvenlik, ev ortamı, ulaşım, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatlarından meydana gelir. Bu imkanlar çocuk sahibi olan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Çocuk sahibi olan kişiler için bu imkanlar oldukça önemlidir çünkü çocuğına iyi şartlarda yetiştirmek ve büyötmek istedikleri için çevre koşullarını hep daha iyiye çekmeye çabaladıkları için çevre boyutu puanları çocuk sahibi olmayanlara nazaran daha yüksek çıkmıştır.

Gece yeme isteğı olan çalışan kadınların, gece yeme ve depresyon puanları gece yeme isteğı olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir. Gece yeme isteğı olmayanların yaşam kalitesi fiziksel sağılık, psikolojik sağılık, sosyal ilişkiler, çevre

boyutu ve uyku kalitesi puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Yakın zaman şiddetli psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerle yapılan başka bir çalışmada ise hastaların birçoğunun birden fazla eksen I tanısı alıyor olmalarından dolayı karşılaştırma yapılmadığı belirtilmiştir. Striegel-Moore ve ark. kadınlardan oluşan toplumsal bir örnekleme yaptıkları çalışmalarında ise GYS olan ve olmayan hastaların yaşam boyu eksen 1 psikiyatrik tanı sıklıkları arasında farklılık tespit edilmemiştir. Ancak bu çalışmada en sık tanı grubunu majör depresyon oluşturmuştur (Gece yeme sendromu olan kadınların %30'u). Depresyon tanısı alan hastaların sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada ise depresyon tanılı hastalarda Gece yeme sendromu sıklığı (%35,2) kontrol grubundan (%19,2) anlamlı derecede yüksek tespit edilmiş, depresyon hastalarının gece yeme sendromununun 2.65 kat daha yatkın olduğu bildirilmiştir.

Çalışmayan kadınlarda gece yeme isteği olanların gece yeme puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Gece yeme isteği olmayanların sosyal ilişkiler boyutu anlamlı şekilde puanları daha yüksektir. Sosyal ilişkiler boyutunun, gece yeme isteği olanlarda daha düşük çıkması depresyon ve gece yeme davranışı arasındaki ilişki ile açıklanabilmektedir. Depresyon yakın ilişkileri doğrudan olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Kişilerarası ilişkiler ve psikolojik iyilik hali doğrudan ilişki halindedir. Coyne (1985) 'nun yaptığı çalışmalardan yola çıkarak depresif kişilerin ilişkilerde destek kabul etmediği, ilişkilerini negatif yöne çektiği bu durumun onu daha da depresif bir hale süreklediğini ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu araştırmaya dayanarak söylenebilir ki depresyon ilişki türlerini etkilemektedir ancak unutulmaması gereken bir nokta vardır. İlişkiler de depresyonu doğrudan olumsuz şekilde etkilemektedir.

Literatürde son 40 yıldır depresyonun çevresel faktörleri üzerinde yapılan çalışmalara bakıldığında, kişilerarası ilişkilerin depresyon üzerinde etkili olduğu söylenmektedir. Depresyon yalnızca yaşanan kişiye zarar vermemektedir. Depresyonlu kişi ile yaşayan aile bireyleri ve yakınlarını da doğrudan etkilemektedir. Bu kişilerde ise mutsuzluk, yorgunluk, üzüntü, sosyal ortamlardan kaçınma ve ilgisizlik gibi yakınmalar sıkça görülmektedir. Depresyonun özel ilişkilerde gündelik hayata etkisini inceleyen Dobson, Jacobson, & Victor (1988), depresyon epizodlarının eşler arasında

anlamsız tartışmalara neden olduğunu, bu tartışmaların ilişkileri yıpratıldığını vurgulamıştır.

Depresyonun ilişkiler üzerindeki etkilerini ele alan araştırmalara bakıldığında, Safran ve Segal'e (1990) göre, psikolojik sorunları olan kişiler, karşılaştıkları kişilerarası ilişkilerdeki olumsuzlukları genelleyerek tüm ilişkileri için tehdit olarak görmektedirler. Safran ve Segal'in araştırmasında, depresif olmayan kimseler ilişkilerinde daha esnek ve birey odaklı düşünürken; depresifler, şema geliştirerek olayları kötüye atfederler.

Kişilerarası anlaşmazlıkların depresyonun iyileşmesini geciktirdiği ve semptomları sürdürdüğü görülmektedir. Costello'nun yazılarında olduğu gibi, kişilerarası sorunlu ilişkilerin yarattığı stres, depresyonu tetikleyici bir etken olduğu düşünülmektedir. Sosyal ilişkilerdeki zayıflıkların depresyonun ana sebebi olduğu çünkü bireylerin sosyal çevresindeki diğerleri tarafından davranışlarının pozitif yönde ödüllendirilmesine ihtiyaç duyduğu vurgulanır. Faust J. Baum, C. (1985) makalesinde, özellikle yetişkinlik öncesi dönemlerde akran ilişkileri ve depresyon arasında güçlü bir kolerasyon olduğu görülmektedir. Kendini sosyal çevresinde kabul ettiremeyen ya da sosyal çevresinden destek bulamayan kişilerde depresyon görülme olasılığı daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Depresyon hastaları üzerinde Friedmann yaptığı çalışmalara dayanarak zayıf aile ilişkilerinin depresyonu kronik hale getirdiğini görülmektedir. Negatif ilişkilerin depresyona pozitif ilişkilerden daha fazla etki gösterdiği ve depresyonla daha ilişkili olduğu söylenebilir. Kişilerarası iletişimde beceri eksikliğinin, depresyonun geçmesiyle birlikte yavaş yavaş kaybolacağını düşündürmektedir.

Başka bir çalışmada ise depresif bireylerin kişilerarası ya da sosyal problemleri etkili olarak çözme becerilerinde eksiklikler olduğu belirtilmektedir (Nezu ve Ronan, 1985; aktaran, Tümkiye ve İflazoğlu, 2000). Literatür çalışmalarından da anlaşılacağı gibi yaşam kalitesi alt boyutu sosyal ilişkiler puanı ve gece yeme puanı doğrudan depresyondan etkilenmiş olabileceği görülmektedir.

Gece yeme atağı sıklığı çalışan kadınlarda, 1-2 olanların psikolojik sağlık boyutu, çevre boyutu ve uyku kalitesi puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Ancak gece yeme atağı sıklığı 2'den fazla olanların gece yeme puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Çalışan ve çalışmayan kadınlarda gece yeme sendromu tanısını, gece yeme

atağı sıklığı 2'den fazla olması etkilemektedir. Çalışmayan kadınlarda ise bu tanıya ek depresyona da rastlanmıştır. Çalışmayan kadınlarda toplumsal ev hanımlığı rolü ve gece yeme davranışı ile ortaya çıkabilecek yoğun yetersizlik duygusu depresyonun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Uykuya geçme sorunu olan çalışan ve çalışmayan kadınlarda, gece yeme ve depresyon puanları sorunu olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir. Uykuya geçme sorunu olmayanların yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik sağlık sosyal ilişkiler, evre boyutu ve uyku kalitesi puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Fiziksel ve çevresel faktörlerin uykuyu olumsuz etkilediğini düşünülmektedir. Literatür bilgisine göre de aşırı fiziksel aktivite REM uykusunun ilk evresini kısaltarak uyku kalitesini azaltmakta ve çevresel birçok faktör (gürültü, aşırı sıcak ya da soğuk ortam) uyku kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Çakırcalı 2000, Keser Özcan 2008). alışan ve çalışmayan kadınların gerek iş yerinde ve gerekse aile içinde yaşadıkları problemler, yorgunluk, uykusuzluğa neden olabilmektedir. Bu ise kadınların sosyal ilişkilerini ve fiziksel sağlığına etki etmektedir.

alışan kadınlarda, uykuyla ilgili yardım almayanların fiziksel sağlık ve uyku puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. alışan kadınlarda uykuyla ilgili alınan yardım fiziksel sağlığı ve uykuyu olumlu şekilde etkilerken depresyonu ise olumsuz şekilde etkilemektedir. Bu durum çalışmayan kadınlarda da benzerdir. Uykuyla ilgili yardım almak depresyon belirtilerinde yer alan, değersizlik, başarısızlık veya aşırı ya da uygunsuzluk suçluluk duygularından kaynaklanabilmektedir

alışan kadınlarda ve çalışmayan kadınlarda, son dört haftada sağlık sorunu yaşayanların gece yeme ve depresyon puanları sorunu olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir.. Bireyin yalnızca ruhunun iyi durumda olması, onu iyi kılmaz. Sadece bedensel olarak sağlıklı ve iyi olması da aynı şekilde yeterli değildir. İyilik hali bir bütündür. Bu kavram “bireyin bedensel, zihinsel ve ruhsal bütün boyutlarda işlerliğinin geliştirilmesinin amaçlandığı bir yaşam biçimi” olarak tanımlandığı görölmektedir. İyilik hali ile ilgili çalışmalar 1961'lerde, Dr. HalbertDunn ile başlamıştır. Diğer kuramcılar Jourard (1963, 1971), Maslow (1968), Ardell (1977, 1982), Hettler (1980, 1984), Travis (1981), Hind (1983), Travis ve Ryan (1988) iyilik halinin kuramsal çerçevesini oluşturmuşlardır (Akt. Palombi, 1991). Myers ve ark. (2000) iyilik halini “bireyin sosyal ve doğal çevrede tam fonksiyonel olarak yaşaması için beden, zihnin

ve ruhun birleştigi optimal sağlık yönelimli bir yaşam biçimi ve iyi olma durumu” olarak tanımlamaktadırlar. İyilik hali ile ilgili tanımlara bakıldığında, “iyilik halinin”, bireyin kendi iyilik hali düzeyini belirlemede, aktif rol oynadığı bir yaşam biçimi olduğu düşüncesinin ortak olduğu görülmektedir. Araştırmalar sağlıklı tutumlar içeren bir yaşam tarzının, birçok sağlık problemini önlediğini göstermektedir (Clark ve Hovanitz, 1989; Jampol, 1989; Cheng ve Lam, 1997). Buna karşın, sağlıksız yaşam tarzı benlik saygısının azalması, kalp, kanser hastalıkları, depresyon ve anksiyetinin artması gibi çok sayıdaki fiziksel ve ruhsal bozuklukla ilişkilidir (Brylinksy ve Hoadley, 1991; Cramer, Nieman ve Lee, 1991; Meehan ve ark. 1993; Elliott ve Marmarosh, 1994; Canetti ve Bachar, 1997; Modrcin-Talbott, Pullen, Zandstra, Ehrenberger ve Muenchen, 1998; Rosenfeld ve Richman, 1998; Pitänen, 1999; Epstein, Griffin ve Gilbert, 2002; Degges-White, Myers, Adelman ve Pastoor, 2003). Bahsedilen araştırmalarda vurgulandığı gibi bireyin sürdürdüğü yaşam biçimi onun iyilik halini dolayısıyla ruhsal ve fiziksel sağlığını etkilemektedir.

Araştırmamızda da bu araştırmalarla uyumlu sonuçlara ulaşılmıştır. Uykuya geçme sorunu olmayan kadınların yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre boyutu ve uyku kalitesi puanları anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan çalışmada çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon belirtilerinin uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve gece yeme sendromu üzerine etkisinin incelenmiştir.

Çalışan ve çalışmayan kadınlarda depresyon puanların ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişkiye rastlanmıştır. Depresyon arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı görülmüştür. Ancak bu durumun daha çok çalışan kadınları etkilediği gözlemlenmiştir. Bu durum depresyonun çalışan veya çalışmayan fark etmeden bütün kadınları etkilediğini bizlere göstermektedir. Kadınların depresyon ile ilgili destek almadığında yaşam kalitesini azalttığı görülmektedir. Depresyon ve depresyonun yaşam kalitemize olumsuz etkileriyle ilgili psiko-eğitim çalışmaları yapılmalı, daha fazla bilgilendirici çalışmalar düzenlenmelidir. Yapılan çalışmaların yoğunluğu ve sıklığı, insanların depresyon ve tedavi sürecine bakış açısını etkileyeceği söylenebilir.

Çalışan kadınlarda, lise mezunlarının üniversite ve lisansüstü mezunlarından depresyon puanları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim hayatının kadınların yaşantısına katkıları çalışmamızla da desteklenmiştir. Kadınların eğitim hayatında desteklenirse, ülkemizdeki kadın depresyonlarında azalma gözlemlenebileceği düşünülmektedir.

Çalışan kadınlar psikolojik sağlığı ve uyku kalitesi puanı daha yüksekken çalışmayan kadınların ise gece yeme ve depresyon puanları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma hayatının kadının yaşantısına etkisi oldukça belirgindir. Kadınların iş hayatında yer alması ile ilgili yapılan çalışmaların artırılması ve desteklenmesi kadın istihdamını artmasına katkı sağlayabilir.

Çalışma örnekleme toplamda 407 kişiden oluşmaktadır, çalışmanın gerçekliğinin artırılması adına örneklem sayısı artırılabilir. Bu sayede aralarında istatistiksel olarak ilişki bulunmayan öğeler ile ilgili farklı bilgiler elde edilebilir. Değişken sayıları artırılarak araştırmamızda atlanan bir çok konuya açıklık getirilebilir.

Depresyon belirtilerinin gece yeme davranışını tetiklediği, bunun ise daha çok çalışan kadınları etkilediği görülmüştür. Gece Yeme Sendromu literatürde çok sık çalışılmış bir konu değildir. Gece yeme davranışı genellikle bireylerin yaşantısında bir problem olarak görülmemektedir. Abartı yeme alışkanlığı olarak kabul edilmektedir.

Gece yeme sendromu ile ilgili bilgilendirici çalışmalar yapıp insanları bu konuyla ilgili bilinçli hale getirilebilir.

Ayrıca Gece Yeme Sendromu ile ilgili çalışma sayısı oldukça azdır. Bu sayı artırılabilir. Ayrıca farklı değişkenlerin ilişkisi inceleyebilir.

Gece yeme isteği olan çalışan kadınların, gece yeme ve depresyon puanları gece yeme isteği olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır. Gece yeme isteği olmayanların yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler, çevre boyutu ve uyku kalitesi puanları anlamlı şekilde daha yüksektir. Gece yeme isteğinin kadınların yaşamlarını fiziksel, psikolojik, sosyal, çevre boyutlarıyla etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır. Bu bulgu literatürde benzer çalışmalar yapan kişilere katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Psikolog ve Psikiyatry'nın danışanlarına bu problem ve hayatına etkilerini ve ciddiyeti ile bilinçlendirmelidir.

Çalışan kadınlarda, uykuyla ilgili yardım almayanların fiziksel sağlık ve uyku puanları anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır. Bu durum uyku ile ilgili alınan profesyonel desteğin kişiye katkıdan çok zararı olması mutlaka düşünülmesi ve araştırılması gereken bir konudur. Alanda çalışan psikolog ve psikiyatryların alan yeterliliklerinin dönem dönem ölçülmesi ve takip edilmesinin önemini gözler önüne sermektedir. Örneklem sayısı artırılarak daha gerçekçi sonuçlara ulaşmak mümkündür.

KAYNAKÇA

- Adami, Gian Franco, Meneghelli, Anna, Scopinaro, Nicola. "Night Eating And Binge Eating Disorder In Obese Patients". *Int J Eat Disord.* 25 (1999): 335-338.
- Akerstedt, Torbjörn, "Shift Work And Disturbed Sleep / Wakefulness". *Occup Med.* 53/2 (2003): 89-94.
- Akyol, Asiye. "Yaşam Kalitesi Ve Yaklaşımları". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 9 (1993): 75-80.
- Allison, Kelly, Crow, Scott, Reeves, Rebecca, West, Delia, Foreyt, John, Dilillo, Vicki, Wadden, Thomas, Jeffery, Robert, Van, Brent, Stunkart, Albert, "Binge Eating Disorder And Night Eating Syndrome In Adults With Type 2 Diabetes", *Obesity (Silver Spring)*, 15 (2007): 1287-1293.
- Allison, Kelly, Scott Engel, Crosby Ross, John O'Reardon, Stephen Wonderlich, James Mitchell, West Smith, Thomas Wadden, Albert Stunkard. "Evaluation Of Diagnostic Criteria For Night Eating Syndrome Using İtem Response Theory Analysis", *Eat Behav*, 9 (2008): 398-407.
- Allison, Kelly, Jennifer Lundgren, John O'Reardon, Allan Geliebter, Marci Gluck, Piergiuseppe Vinai, "Proposed Diagnostic Criteria For Night Eating Syndrome", *Int J Eat Disord*, 43 (2010): 241- 247.
- Altevogt, Bruce. "Sleep Disorders And Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem". *E-Book. National Academies Press, Washington.* (2006):1-4.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-V)*, Çev., Ertuğrul Köroğlu, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2014.
- Ardıç, Sadık. "Uyku Hastalıkları Ve Trafik-İş Kazaları". *Türk Toraks Dergisi*, 2/3 (2001): 91-98.
- Axelsson, John, Akerstedt, Torbjörn Kecklund, Göron Lowden, Arne Lowden, "Tonerince To Shift Work – How Does İt Relate To Sleep And Wakefulness?". *Int Arch Occup Environ Health*, 77 (2004)121-129.

- Aydemir, Nurcihan. “Beah Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Depresyon Taraması Ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme”. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2008.
- Koyuncu, Ahmet, Zerrin Binbay, Erhan Ertekin, Selim Sağır. “Atipik Depresyon”. *Klinik Psikiyatri*. 2 (2004):49-53
- Bailer, Ursula. Walter H. Kaye. “Serotonin: İmaging Findings İn Eating Disorders”. *Curr Top Behav Neuroscience*. 6 (2011): 59-79.
- Banks, Siobhan, David Dinges. “Behavioral And Physiological Consequences Of Sleep Restriction”. *Journal Of Clinical Sleep Medicine*. 3/5 (2007): 519-528.
- Beck, Aaron. “The Evolution Of The Cognitive Model Of Depression And İts Neurobiological Correlates”. *American Journal Of Psychiatry*. 165/8 (2008): 969–977.
- Bengi, Göksel, Mustafa Yalçın, Hale Akpınar. “Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım”. *Güncel Gastroenteroloji*. 1/1 (2014): 72-88.
- Beşiroğlu, Lütfullah, Faruk Uğuz, Mürsel Sağlam, Ertan Yılmaz, Mehmet Yücel Ağargün, Rüstem Aşkın. “Obsesif Kompulsif Bozuklukta Yaşam Kalitesi İle İlişkili Etkenler”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8/1 (2007): 5-13.
- Binbay, Tolga, Direk, Neşe Direk, Tamer Aker, Yıldız Akvardar, Köksal Alptekin, Can Cimilli, Birmay Çam, Artuner Deveci, Bülent Kadri Gültekin, Vedat Şar, Okan Taycan, Halis Ulaş. “Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular Ve Gelecek İçin Öneriler”. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 24 (2013): 1-18.
- Birketvedt, Grethe, Jon Florholmen, Johan Sundsfjord, Bjarne Osterud, David Dinges, Warren Bilker, Albert Stunkard. “Behavioral And Neuroendocrine Characteristics Of The Night-Eating Syndrome”. *Preliminary Communication*. 282 (1999): 657-663.

- Bjorvatn, Bjorn, Stale Pallesen. "A Practical Approach To Circadian Rhythm Sleep Disorders". *Sleep Medicine Reviews*. 13/1 (2009): 47-60.
- Boylu Aydiner, Bahar Paçacıoğlu. "Yaşam Kalitesi Ve Göstergeleri". *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalara Dergisi*. 8/15 (2016):137-150.
- Büyükışık, Sedef Naciye. "Yeni Tanı Almış Majör Depresyonlu Hastalarda Serum Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör (Bdnf) İle Kortizol Seviyelerinin Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Değişimi". Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya, 2008.
- Calugi S, Dalle Grave R, Marchesini G. "Night Eating Syndrome In Class II–III Obesity: Metabolic And Psychopathological Features". *International Journal Of Obesity*. 33 (2009): 899-904.
- Camlan, K.C. "Quality Of Life In Cancer Patients-An Hypothesis". *J Med Ethics*, 10 (1984): 124-127.
- Carskadon, Mary ve William Dement. "Monitoring And Staging Human Sleep". *Principles And Practice Of Sleep Medicine*, 5, (2011): 16-26.
- Cerú-Björk C, Andersson I, Rössner S. "Night Eating And Nocturnal Eating-Two Different Or Similar Syndromes Among Obese Patients." *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25, (2001): 365-372.
- Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. "Night Eating Syndrome And Nocturnal Snacking: Association With Obesity, Binge Eating And Psychological Distress". *Int J Obes*, 31, (2007): 1722-1730.
- Çığrıkçı, Hasan. "Kronik Hastalığı Nedeniyle Devamlı Takip Edilmekte Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Ve Annelerin Depresyon Prevelansı". Uzmanlık Tezi, Aile Hekimliği Tıpta T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2007.
- Çoban, Sümeyra, Hikmet Yılmaz, Gülay Ok, Koray Erbüyün ve Demet Aydın. "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Uyku Bozukluklarının Araştırılması". *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*. 9/2 (2001): 59-63.

- Daan, S., Beersma, D. G., Borbély, A. A. “Timing Of Human Sleep: Recovery Process Gated By A Circadian Pacemaker”. *American Journal Of Physiology - Regulatory, Integrative And Comparative Physiology*. 246/2 (1984): 161-183.
- Devlin, Michael. (2007). Is There A Place For Obesity İn DSM-V? *Int J Eat Disord*:S83-8.
- Doğan, Tayfun, Bayram Çetin. “Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeylerinin Depresyon Ve Bazı Değişkenlerle İlişkinin İncelenmesi”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, 2006.
- Yenerduman Özge, Seda Usubutun Ve Erol Goka. “Belirti Yorumlama Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirliği”. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 15/1 (2004): 26-40.
- Tijen, Eren. “Postpartum Depresyon Prevalansı Ve Sosyodemografik Risk Faktörleri”. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, 2007.
- Fidaner, Caner, Elbi, Erhan Eser, Hayriye Elbi. “Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 Ve WHOQOL-BREF”. *3P Dergisi*. 7/5 (1999): 13.
- Ganz P. “Quality Of Life And The Patient With Cancer: İndividual And Policy İmplications”. *Cancer*. 74/4 (1994): 1445- 1452.
- Gezer, Engin, Fatih Yenel. “Stres Veren Yasam Olaylarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi”. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, 2008.
- Gluck Marci, Allan Geliebter A, Tracy Satov. “Night Eating Syndrome İs Associated With Depression, Low Self-Esteem, Reduced Daytime Hunger, And Less Weight Loss İn Obese Outpatients”. *Short Communicatin*. 9 (2001): 264-267.
- Gotay, C.C., Korn, E.L., Mccabe, M.S., Et Al. (1992). Quality-Of-Life Assessment İn Cancer Treatment Protocols: Research İssues İn Protocol Development. *J Natl Cancer Inst*, 84, 575-579,45
- Görker Işık, Ümran Korkmazlar ve Melek Durukan. “Çocuk Ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti Ve Tanı Dağılımı”. *Klinik Psikiyatri*. 7 (2004): 103-110.

- Howell, Michael, Carlos Schenck and Scott Crow. "A Review Of Nighttime Eating Disorders". *Sleep Med Rev.* 13 (2009): 23-34.
- İnce, Burcu. "Hemşire Güvenliği: Çalışma Ortamı Ve Riskler". *Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 24/3 (2008): 61-71.
- Karakaş, Sibel Asi, Nermin Gönültaş ve Ayşe Okanlı. "Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi". *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 4/1 (2017): 17-26.
- Kaye, W. "Neurobiology Of Anorexia And Bulimia Nervosa". *Physiol Behaviour.* 94/1 (2008): 121-135.
- Kendler, K. S., Maclean, C. J., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., Eaves, L. J. "The Genetic Epidemiology Of Bulimia Nervosa". *American Journal Of Psychiatry.* 148 (1991): 1627-1637.
- Kinzl, Johann, Christian Traweger, Ernestine Trefalt, Ulla Riccabona and Wolfgang Lederer. "Work Stres And Genderdependent Coping Strategies In Anesthesiologists A Universty Hospital". *Journal Of Clinical Anesthesia.* 19 (2007): 334-338.
- Kiper, Sibel ve Nihal Sunal. "Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi". Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.
- Klump, Kelly, Michael Strober, Cynthia Bulik and Laura Thornton. "Personality Characteristics Of Women Before And After Recovery From An Eating Disorder". *Psychol Med.* 34/8 (2004): 1407-1418.
- Koçak, Recep. "Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve, Tedavi Yaklaşımları Ve İlgili Araştırmalar". *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 35/1 (2002): 183-212.
- Koçak, Recep. "Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi Ve Yalnızlığın Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması Ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi". *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi.* 2/19 (2003): 15-24.
- Kuldau, John and Colleen Rand. "The Night Eating Syndrome And Bulimia Nervosa İn The Morbidly Obese". *International Journal Of Eating Disorder.* 5 (1986): 143-148.

- Kuruoğlu, Aslı Çepik. “Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler”. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 10/1 (2000): 32-37.
- Lafçı, Diğdem. “Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi”. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, 2009.
- Lundgren, Jennifer, Kelly Allison, John O'Reardon and Albert Stunkard. “A Descriptive Study Of Non-Obese Persons With Night Eating Syndrome And A Weight-Matched Comparison Group”. *Eat Behav.* 9 (2008): 343-351.
- Lundgren Jennifer, Kelly Allison and Albert Stunkard. “Familial Aggregation İn The Night Eating Syndrome”. *International Journal Of Eating Disorders*. 39 (2006): 516-518.
- Manni, Raffaele, Maria Ratti and Amelia Tartara. “Nocturnal Eating: Prevalence And Features İn 120 İnsomniac Referrals”. *Sleep*. 20 (1997): 734-738.
- Orhan, Fatma Özlem ve Deniz Tuncel D. “Gece Yeme Bozuklukları”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 1 (2009): 132-154.
- Öztürk, Levent. “Yanıtını Arayan Eski Bir Soru: Niçin Uyuruz?”. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 70 (2007): 114-121.
- Perim, Aysun. “Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma Ve Uygulama Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi”. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2007.
- Ruggiero, Jeanne. “Correlates Of Fatigue İn Critical Care Nurses”. *Research Eryavin Nursing & Health*, 26 (2003): 434-444.
- Sağlıklı Yaşam Önerileri, Bilkent Üniversitesi.
[Http://bilheal.bilkent.edu.tr/uremesagligi/saglikliyasamonerileri.html](http://bilheal.bilkent.edu.tr/uremesagligi/saglikliyasamonerileri.html), (2006), s.1. (erişim 21.05.2018)
- Spitzer, Robert, Susan Yanovski, Tomas Wadden, Rena Wing, Marsha D. Marcus, Albert Stunkard, Michael Devlin, James Mitchell, Deborah Hasin, R. Lynn Horne. “Binge Eating Disorder: İts Further Validation İn A Multisite Study”. *Int J Eat Disord*, 13 (1993): 137-153.

- Stunkard, Albert. "Binge Eating Disorder And The Night-Eating Syndrome". *International Journal Of Obesity*, 20 (1996): 1-6.
- Şahin, Leyla ve Meral Aşçıoğlu. "Uyku Ve Uygunun Düzenlenmesi". *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22/11 (2013): 93-98.
- Telatar, Tahsin, Hilal Özcebe. "Yaşlı Nüfus Ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi". *Türk Geriatri Dergisi*, 7 (2004): 162-165.
- Ünal, Sühelya, Erkan Özcan. "Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı Ve Koruyucu Etkenler". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(1) (2000): 41-48.
- Üstün, Yasemin, Şebnem Çınar Yücel. "Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi". *Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, 4/1 (2007): 29-38.
- World Federation for Mental Health. "Depression: A Global Crisis. World Mental Health Day". *World Federation For Mental Health, Occoquan*, (2012): 2-28.
- WHOQOL Group. "Study Protocol For The World Health Organization Project To Develop A Quality Of Life Assessment Instrument (WHOQOL)". *Qual Life Res*, 2 (1993): 153-159.
- World Health Organization (WHO). "Field Trial WHOQOL-100". Erişim [22.05.2018. http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-100.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-100.pdf?ua=1): ingilizce.
- World Health Organization. "Depression". Erişim 14.08.2019. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en: ingilizce.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul





BEYKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ


26.11.2018

Enstitümüz Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji (tezli) programı öğrencisi *Rümeysa KAYA*'nın "*Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Depresyon Belirtilerinin Yaşam Kalitesine, Uyku Kalitesine ve Gece Yeme Bozukluğuna Etkileri*" konulu tezine anket çalışması yapması Etik Kurulumuzca uygun görülmüştür.

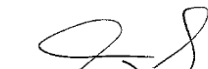
ETİK KURUL ÜYELERİ



Prof. Dr. Akile Reşide GÜRSOY
BAŞKAN


Prof. Dr. Turgut ÖZKAN
ÜYE



Prof. Dr. Selahattin SARI
ÜYE


Prof. Dr. Ceñk DEMİRKIRAN
ÜYE


Prof. Dr. Tekin MEMİŞ
ÜYE


Prof. Dr. Ali Vahit TURHAN
ÜYE


Prof. Dr. Oğuz MAKAL
ÜYE


Prof. Dr. Nihal KÜÇÜKSAVAŞ
ÜYE


Prof. Dr. Erdoğan TAŞKIN
ÜYE

Beykent Üniversitesi İletişim Hattı: 444 1997 - 0850 340 34 34 - www.beykent.edu.tr

Ayazağa-Maslak Yerleşkesi: Ayazağa Mahallesi Hadım Kuru Yolu Cad. No: 19, Sarıyer 34396 İstanbul / Faks: (0212) 289 64 90
Beylikdüzü Yerleşkesi: Cumhuriyet Mah. Gürpınar Yolu Cad. No: 3/A, Beykent Siteleri, Büyükkçekmece 34500 İstanbul / Faks: (0212) 867 55 68
Taksim Yerleşkesi: Siraseviler Cad. No: 65, Taksim, Beyoğlu 34437 İstanbul / Faks: (0212) 243 02 78 info@beykent.edu.tr

Ek 2: Sosyo-Demografik Form

1-Cinsiyetiniz:

- Kadın
 Erkek

2-Yaşınız:

- 18-24
 25-30
 31-40
 41-55
 55+

3-Medeni Durumunuz:

- Evli
 Bekar

4-Eğitim Durumunuz:

- İlkokul mezun
 Ortaokul mezun
 Lise mezun
 Üniversite öğrencisi
 Üniversite mezun
 Yüksek lisans-doktora devam/mezun

5- Çocuğunuz var mı?

- Evet
 Hayır

6- Gece yeme ve atıştırma isteğınız olur mu?

- Evet
 Hayır

7- Akşam yemeğinden sonra ne sıklıkla yeme atakları yaşıyorsunuz?

- 1-2kere
 2'den fazla

8- Uykuya geçme sırasında problem yaşıyor musunuz?

- Evet
 Hayır

9-Uyku ile ilgili profesyonel bir yardım aldınız mı?

- Evet
 Hayır

10- Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

- Mükemmel
 İyi
 Orta
 Kötü

11- Genel olarak yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?

- Mükemmel
 İyi
 Orta
 Kötü

12- Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığını yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

- Evet
 Hayır

Ek 3: Beck Depresyon Ölçeği

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÁHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlığım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar veremiyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19-0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20-0. Sağlığım beni fazla endişelendiriyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21-0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

Ek 4: Richards - Campell Uyku Anketi

EK V

Richards- Campbell Uyku Anketi

Aşağıda her bir uyku ifadesi için 0 ila 100 arasında puanlanan bir çizelge verilmiştir. Bu çizelgede "0" her bir ifade için en kötü duruma, "100" en iyi duruma karşılık gelmektedir. Lütfen her bir ifade için dün geceki uyku algınızı verilen çizelge üzerinde derecelendiriniz

1-Dün gece uykum

Hafifti

Derindi

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

2-Dün gece uykuya dalma

Zar zor

Neredeyse yatar

Uykuya daldım

yalmaz uydum

3-Dün gece uyanma sıklığı

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

Bütin gece

Çok

Döndüm durdum

Uyanmadım

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

4-Dün gece uyanık kalma süresi

Ne zaman uyanmam
ya da uyandırılısam
uyuyamadım

Ne zaman uyanmam
ya da uyandırılısam
hemen uyudum

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

5-Dün gece uykunun kalitesi

Kötü bir geceydi
Neredeyse hiç uyumadım

Güzel bir geceydi
hiç uyanmadım

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

6-Dün gece gürültü seviyesi

Gece gürültü çok fazlaydı

Gece gürültü çok azdı

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

Toplam uyku algısı

Richards-Campbell Uyku Ölçeği'nin Toplam Puanı:

Richards - Campbell Uyku Ölçeği: Richards tarafından 1987 yılında geliştirilen Richard - Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ) (EK IV) gece uykusunun derinliğini, uykuya dalma süresini, uyanma sıklığını, uyanıldığında uyanık kalma süresini, uykunun kalitesini ve ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren 6 maddeden oluşan bir ölçektir. Her bir madde visual analog skala tekniği ile 0 ila 100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirilir. Ölçekten alınan "0-25" arası puan çok kötü uykuyu, "76-100" arası puan çok iyi uykuyu belirtmektedir. Ölçeğin puanı arttıkça hastaların uyku kaliteleri de artmaktadır. Richards tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach α değeri 0.82 olarak bulunmuştur⁹³.

Ek 5: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Whoqol-Bref

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın	Doğum tarihiniz nedir?
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?	Medeni durumunuz nedir?		
<input type="checkbox"/> Hiç Eğitim Almadım	<input type="checkbox"/> İlkokul-Ortaokul	<input type="checkbox"/> Hiç Evlenmemiş	<input type="checkbox"/> Evli Gibi Yaşıyor
<input type="checkbox"/> Lise Veya Eşdeğeri	<input type="checkbox"/> Üniversite	<input type="checkbox"/> Boşanmış	<input type="checkbox"/> Ayrılmış
Şu anda bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa; Sizce bu nedir? _____ (hastalık/sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü <input type="checkbox"/> 1	Biraz kötü <input type="checkbox"/> 2	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> 3	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> 4	Çok iyi <input type="checkbox"/> 5
2 G4	Sağlığınızdı ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> 1	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> 2	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/> 3	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> 4	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> 5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç <input type="checkbox"/> 5	Çok az <input type="checkbox"/> 4	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 2	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Son derecede <input type="checkbox"/> 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Tamamen <input type="checkbox"/> 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

www.ftronline.com

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü <input type="checkbox"/> 1	Biraz kötü <input type="checkbox"/> 2	Ne iyi, ne kötü <input type="checkbox"/> 3	Oldukça iyi <input type="checkbox"/> 4	Çok iyi <input type="checkbox"/> 5
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil <input type="checkbox"/> 1	Çok az hoşnut <input type="checkbox"/> 2	Ne hoşnut, ne de değil <input type="checkbox"/> 3	Epeyce hoşnut <input type="checkbox"/> 4	Çok hoşnut <input type="checkbox"/> 5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20 F13.3	Alle dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> 5	Nadiren <input type="checkbox"/> 4	Ara sıra <input type="checkbox"/> 3	Çoğunlukla <input type="checkbox"/> 2	Her zaman <input type="checkbox"/> 1
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Orta derecede <input type="checkbox"/> 3	Çokça <input type="checkbox"/> 4	Aşırı derecede <input type="checkbox"/> 5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? Evet Hayır Bu formun doldurulması ne kadar sürdü?

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi

Alt Parametre	Oluşturan sorular	
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı	Bu şekilde elde edilen skorlar "ham" skordur. Yüzdeler sistemine dönüştürmek için gerekli olan formül;
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı	
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı	
Sosyal ilişkiler	20, 21, 22. Soruların toplamı	
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı	

$$\frac{(\text{Hastanın ham skoru}) - (\text{o alt parametreye ait olabilecek en düşük skor})}{\text{o alt parametrenin skor aralığı}} \times 100$$

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun

$$\left[\frac{(30-7)}{(35-7)} \right] \times 100 = (23/28) \times 100 = \%82,14$$

Ek 6: Gece Yeme Anketi

Gece Yeme Anketi

1. Sabahları ne kadar aç oluyorsunuz?
Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı
2. İlk yemeğinizi genelde ne zaman yersiniz?
Saat 9'dan önce / 9-12 arası / 12-15 arası / 15-18 arası / 18'den sonra
3. Akşam yemeğinden yatana kadar aşırı yeme veya atıştırma isteğiniz olur mu?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
4. Akşam yemeğinden yatana kadarki zamanda yemeniz üzerinde ne kadar kontrolünüz var?
Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen
5. Günlük besin alımınızın ne kadarını akşam yemeğinden sonra tüketirsiniz?
%0 / %1-25 / %26-50 / %51-75 / %76-100
6. Son zamanlarda hüzünlü veya kederli hissediyor musunuz?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
7. Hüzünlü hissettiğiniz zaman, duygudurumunuz _____ daha çökkün oluyor.
Gün içinde değişme olmuyorsa X işareti koyunuz. _____
sabah erken / sabah / öğleden sonra / akşam üzeri / _____ akşam / gece
8. Uykuya dalmakta hangi sıklıkta zorluk yaşıyorsunuz?
Hiç / Bazen / Zamanın yarısında / Genelde / Her zaman
9. Tuvalet gereksinmesi dışında, gece hangi sıklıkta en az bir kez kalkarsınız?
Hiç / Haftada birden az / Haftada bir / Haftada birden çok / Her gece
Not: 9. soruda cevabınız hiçse, burada durun.
10. Gece uyanınca yeme isteği veya atıştırmanız oluyor mu?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
11. Gece uyanınca tekrar uyuyabilmek için yeme ihtiyacı duyar mısınız?
Hiç / Çok az / Biraz / Oldukça çok / Aşırı
12. Gece yarısı uyanınca hangi sıklıkta atıştırırsınız?
Hiç / bazen / zamanın yarısında / sıklıkla / her zaman
Not: 12'ye hiç yanıtı verdiğinizde, burada durun.
13. Gece yarısı atıştırdığınızda, yediğinizin ne kadar farkındasınız?
Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen
14. Gece kalktığınızda yemenizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?
Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen
15. Gece yemeyle ilgili sorunuz ne kadar zamandır sürüyor? ---- ay ---- yıl
16. Gece yemeniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?
Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı
17. Gece yemeniz hayatınızı ne kadar etkiliyor? Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

ÖZGEÇMİŞ

4 Nisan 1994 tarihi, Sivas Merkez doğumluyum. İlk, orta ve lise eğitimimi Sivas ilinde tamamladım. Lisans eğitimimi ise Haliç Üniversitesi Psikoloji Bölümünde tamamlayarak akabinde Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji ana bilim dalında yüksek lisans programına başladım.

Rümeysa KAYA

